

UNIVERSITE DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'accord entre les parents et les enseignants dans l'évaluation des troubles de  
comportement des élèves du primaire.

Anne-Sophie Bougeard 1970 -

Thèse présentée  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophia Doctor (Ph.D.)

Mai 2012

© Anne-Sophie Bougeard, 2012

LB  
14.75  
US  
B68  
2012

UNIVERSITE DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'accord entre les parents et les enseignants dans l'évaluation des troubles de  
comportement des élèves du primaire.

Anne-Sophie Bougeard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

_____	Président du jury
Jacques Joly	
_____	Co-directrice de recherche
Pierrette Verlaan	
_____	Co-directrice de recherche
Houria Bouchafa	
_____	Membre interne
Michèle Venet	
_____	Membre externe
Annie Bérubé	
_____	Membre externe
Catherine Blaya	
_____	3 <sup>o</sup> membre de l'équipe d'encadrement
Michèle Déry	

Thèse acceptée le \_\_\_\_\_



## Résumé

Cette recherche se propose d'examiner l'évolution des symptômes d'un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), d'un trouble des conduites (TC) et d'un trouble de l'opposition avec provocation (TOP) de l'élève selon l'accord ou le désaccord entre les parents et les enseignants. Elle a aussi comme objectif de déterminer les répercussions d'un consensus inter-informateurs sur la fréquence et la satisfaction des services scolaires.

L'échantillon est constitué de 341 élèves québécois âgés de 5 ans 7 mois à 13 ans 5 mois recevant des services d'aide spécialisés. Les parents et le personnel enseignant ont complété le *DISC-2.25*.

Les résultats posent que l'entente entre informateurs est spécifiquement associée aux deux variables retard scolaire et dépression des parents. L'accord entre informateurs est bénéfique à la trajectoire des enfants 24 mois plus tard surtout dans le cas des symptômes d'un TC et dans une moindre mesure de ceux d'un TOP. La fréquence des services augmente sensiblement pour les enfants avec des symptômes d'un TC lorsqu'il y a une reconnaissance mutuelle de ce trouble par les parents et les enseignants. Pour aucun des trois troubles, le niveau de satisfaction des parents de l'aide reçue n'est influencé par la présence d'une entente entre informateurs. La fréquence des services spécialisés reçus par l'enfant ne spécifie rien des mécanismes par lesquels le consensus entre informateurs influe positivement l'évolution des élèves 24 mois plus tard.

Ce travail se termine par un questionnement sur les différences dans l'évaluation des troubles de comportement des élèves entre la France et le Québec et apporte plusieurs contributions pour la pratique, spécifiquement l'évaluation et l'intervention.

Mots clés : TDAH, TC, TOP, enfance, accord inter-informateurs, évaluation, services, trajectoires.

## SOMMAIRE

Les troubles de comportement des élèves du primaire sont sérieux et font partie des motifs les plus fréquents de demandes de prises en charge tant en Amérique du nord qu'en Europe (Conseil supérieur de l'éducation, 2001 ; Tursz, 2001). Si aucune aide n'est apportée, les conséquences sont lourdes au niveau social, rejet par les pairs (Broidy, Nagin, Tremblay, Bates et Brame, 2003), familial augmentation des conflits et psychologiques, actes délinquants et antisociaux (Moffitt, Caspi, Harrington et Milne, 2002). Il importe de mettre en place des services adaptés.

La première étape est celle de l'évaluation des élèves à risque (Massé et Pronovost, 2006). Il est recommandé de recueillir les informations auprès de deux informateurs (Achenbach et Rescorla, 2007 ; Bigras, Capuano, Gosselin et Brodeur, 2010). Seulement, les parents et le personnel enseignant ne sont pas souvent d'accord sur la présence d'un trouble chez l'élève (Achenbach, McConaughy et Howell, 1987, Renk et Phares, 2004).

Cette thèse examine les liens d'un consensus inter-informateurs sur l'évolution d'un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), d'un trouble des conduites (TC) et d'un trouble de l'opposition avec provocation (TOP) et la fréquence des services spécialisés reçus par l'élève. L'échantillon est constitué de 341 enfants âgés de 5 ans 7 mois à 13 ans 5 mois (72,4 % garçons), recevant des services. Les parents et les enseignants ou enseignantes de ces élèves scolarisés dans soixante écoles primaires dans deux régions du Québec (Estrie et Montérégie) ont complété le *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised*, Shaffer, Schwab-Stone, Fisher, Cohen, Piacentini, Davies, *et al.*, 1993 ; version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et Saint Georges, 1998).

Nos résultats précisent que, parmi les élèves identifiés avec un trouble par l'un ou l'autre des informateurs, le taux d'accord sur la présence d'un TDAH est de 34,5 %, sur celle d'un TC de 17,6 % et sur celle d'un TOP de 34 %. La présence d'un an ou plus de retard scolaire chez l'élève est associée à une probabilité accrue de désaccord entre les informateurs, alors que le nombre de symptômes dépressifs rapporté par le parent est associé à une probabilité accrue d'accord entre les parents et les enseignants.

Le nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP diminue systématiquement dans le temps. Cependant, la réduction des symptômes d'un TC est plus importante chez les élèves dont l'évaluation du trouble suscite l'accord des informateurs que chez ceux dont la présence d'un TC suscite le désaccord. Une même tendance est notée pour les symptômes d'un TOP. De plus, la fréquence des services ne varie pas selon l'accord ou le désaccord entre les parents et les enseignants sur la présence d'un TDAH et d'un TOP. En revanche, pour les élèves ayant un TC, la fréquence des rencontres avec des

intervenant est plus élevée lorsqu'il y a accord entre les informateurs. Enfin, il n'a pas été possible de se prononcer quant au rôle médiateur de la fréquence des services spécialisés reçus par l'enfant, cette variable ne spécifiant rien des mécanismes par lesquels le consensus entre informateurs influe positivement l'évolution des élèves 24 mois plus tard.

Le consensus entre informateurs apparaît intéressant pour expliquer l'évolution du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP des élèves et la fréquence des services scolaires complémentaires reçus par l'élève.

Ce travail se termine par un questionnaire sur les différences dans l'évaluation des troubles de comportement des élèves entre la France et le Québec et apporte plusieurs contributions pour la pratique.

Mots clés : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), trouble des conduites (TC), trouble de l'opposition avec provocation (TOP), enfance, accord inter-informateurs, évaluation, services, trajectoires.



## ABSTRACT

Children problem behaviour in primary schools is serious and one of the main causes for consultation to mental health services in both North America and Europe (Haut Conseil de l'Education, 2001 ; Tursz, 2001). When these disorders are persistent, they emphasize social peer rejection (Broidy, Nagin, Tremblay, Bates & Brame, 2003), family conflict and can increase delinquent and antisocial acts (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Interventions are important and should be based on information from different adults.

The first stage is assessment (Massé & Pronovost, 2006) often based from two informants (Achenbach & Rescorla, 2007 ; Bigras, Capuano, Gosselin & Brodeur, 2010). But parents and teachers often disagree on children's conduct disorder occurrence (Achenbach & Rescorla, 2007 ; Renk & Phares, 2004).

The present study was designed to investigate parent-teacher agreement regarding the evolution of specific behavioural disruptive disorders such as attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder (CD) and oppositional defiant disorder (ODD) and quality of specialized services received.

This study was conducted with 341 children aged 5 years 7 months to 13 years 5 months (72.4 % boys), receiving services. The *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised* (Shaffer, Schwab-Stone, Fisher, Cohen, Piacentini, Davies & al., 1993; French version of Breton, Bergeron, Valla, St.-George & Berthiaume, 1998) was used according to parents or teachers.

The findings suggest that for the children identified with a disorder by one or the other informant, the cross-informant agreement on the presence of ADHD, CD and ODD was respectively 34,5 %, 17,6 % and 34 %. Being late one year or more in school is associated with a disagreement between the informants, while the number of depressive symptoms reported by the parent is associated with a parent-teacher agreement on child's disruptive behavior.

Analysis showed that ADHD, CD or ODD systematically decreases over time. However parent-teacher agreement reporting CD contribute to reduce the number of symptoms in children. A similar trend was noted for ODD.

The frequency of services does not vary according to the agreement between parents and teachers regarding the presence of ADHD and ODD. However, for children diagnosed with CD, the cross-informants agreement will increase the frequency of services.

Finally, it was not possible to decide if the frequency of specialized services received by children mediates the relationship between parent-teacher agreement and the number of symptoms in children two years later.

Cross-informant agreement appears to be interesting to explain the evolution of the number of symptoms in children and the frequency of services. Some differences in the assessment of child's problem behavior between France and Quebec have been noted and discussed. This study also provides several useful contributions to the practice.

Keywords: attention deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder (CD), oppositional defiant disorder (ODD), childhood, cross-informants, assessment, services, trajectories.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>13</b>
<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
<b>PREMIER CHAPITRE.....</b>	<b>19</b>
1. NATURE ET PREVALENCE DES TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS .....	19
1.1 Nature des troubles.....	19
1.2 Prévalence des troubles .....	21
1.3 Les trajectoires des troubles .....	24
2. TROUBLES DE COMPORTEMENT ET APPROCHE MULTI-INFORMATEURS .....	27
3. LES MODELES EXPLICATIFS DU DESACCORD ENTRE PARENTS ET ENSEIGNANTS SUR LES TROUBLES DE COMPORTEMENT .....	30
3.1 Les explications de type bioécologique .....	31
3.2 Les explications liées aux représentations sociales .....	31
4. QUESTIONS DE RECENSION .....	33
<b>DEUXIEME CHAPITRE – .....</b>	<b>35</b>
<b>RECENSION DES ECRITS.....</b>	<b>35</b>
1. METHODE DE RECENSION .....	35
2. ETUDES PORTANT SUR L'ACCORD PARENTS-ENSEIGNANTS .....	37
2.1 Accord et troubles de comportement de l'enfant.....	37
2.1.1 Accord et nature des difficultés .....	38
2.1.2 Accord et sévérité des troubles de comportement.....	41
2.2 Autres caractéristiques de l'enfant et accord/désaccord des évaluateurs.....	42



2.2.1 Accord et genres.....	42
2.2.2 Accord et âge de l'enfant.....	43
2.2.3 Accord et groupes ethniques ou communautaires.....	43
2.2.4 Synthèse des études sur les caractéristiques de l'enfant.....	45
2.3 Les caractéristiques des informateurs .....	46
2.3.1 Accord et caractéristiques familiales.....	46
2.3.2 Accord et santé mentale des parents.....	47
2.3.3 Accord et vécu des enseignants .....	48
2.3.4 Synthèse des études sur les caractéristiques des informateurs .....	49
2.4 Les liens entre l'entente parents-enseignants, les services et l'évolution des troubles de comportement chez l'enfant.....	50
2.4.1 Troubles de comportement et principaux types d'intervention .....	50
2.4.2 Consensus inter-informateurs et services .....	57
2.4.3 Consensus inter-informateurs et évolution des difficultés comportementales des enfants .....	59
2.4.5 Limites des études .....	61
<b>TROISIEME CHAPITRE – .....</b>	<b>63</b>
<b>OBJECTIFS DE L'ETUDE ET METHODE .....</b>	<b>63</b>
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	63
2. METHODE.....	65
2.1 Devis de l'étude .....	65
2.2 Description de l'échantillon.....	65
Recrutement des élèves .....	65
2.3 Caractéristiques de l'échantillon à l'entrée dans l'étude.....	67
2.4 Attrition .....	68
3. INSTRUMENTS DE MESURE .....	68
3.1 Troubles de comportement perturbateurs.....	68
3.2 Caractéristiques personnelles et scolaires de l'élève .....	71
3.3 Caractéristiques parentales .....	72
3.3.1 Caractéristiques socio-familiales .....	72
3.3.2 Structure familiale .....	72
3.3.3 Santé mentale du répondant principal .....	72

3.4 Services scolaires complémentaires reçus par l'enfant .....	73
3.4.1 Fréquence des services reçus .....	73
3.4.2 Satisfaction du parent à l'égard des services .....	73
4. DEROULEMENT .....	74

## **QUATRIEME CHAPITRE - RESULTATS..... 75**

1. Taux d'accord entre les parents et les enseignants sur la présence des troubles de comportement chez l'enfant.....	75
2. Caractéristiques des élèves associées à un accord et un désaccord dans les évaluations des répondants. ....	81
3. Evolution des symptômes d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP chez les élèves dont la présence de ces troubles suscitait l'accord ou le désaccord parent-enseignant à l'entrée dans l'étude. ....	87
4. Fréquence des services et niveau de satisfaction à leur égard en fonction de la présence ou non d'un accord sur la présence d'un trouble .....	92
5. Effet médiateur de la fréquence des services reçus entre le consensus inter-informateurs et la diminution des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP dans le temps.....	93

## **CINQUIEME CHAPITRE - DISCUSSION ..... 96**

1. LES DIFFERENCES ENTRE LES EVALUATIONS DES PARENTS ET DES ENSEIGNANTS SUR LA PRESENCE D'UN TROUBLE DE COMPORTEMENT CHEZ L'ELEVE. ....	96
2. LE LIEN ENTRE LES DIVERSES CARACTERISTIQUES DES ELEVES ET LA PRESENCE D'UN ACCORD ET/OU D'UN DESACCORD ENTRE INFORMATEURS.....	104
3. ACCORD/DESACCORD ENTRE INFORMATEURS ET EVOLUTION DE CHACUN DES TROUBLES PERTURBATEURS 24 MOIS PLUS TARD. ....	111
4. LES LIENS ENTRE UN ACCORD/DESACCORD, LA FREQUENCE DES SERVICES EDUCATIFS REÇUS ET LA SATISFACTION DES PARENTS. ....	113
5. EFFET MEDIEUR DE LA FREQUENCE DES SERVICES REÇUS ENTRE LE CONSENSUS INTER-INFORMATEURS ET LA DIMINUTION DES SYMPTOMES D'UN TDAH, D'UN TC ET D'UN TOP DANS LE TEMPS .....	116



6. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	119
7. IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION .....	123
7.1 L'évaluation.....	123
7.2 L'intervention .....	124
8. PERSPECTIVE INTERCULTURELLE.....	126
8.1 Le phénomène.....	126
8.2 Les approches théoriques en France et au Canada.....	126
8.3 L'évaluation et les instruments de mesure .....	128
8.4 Les services d'aide spécialisés.....	129
8.5 Les liens entre recherche et pratique.....	131
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>133</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>161</b>
ANNEXE A.....	162
ANNEXE B.....	170
ANNEXE C.....	174

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Nombre d'élèves avec un trouble selon les informateurs.....	77
Tableau 2 - Fréquences relatives d'un accord et d'un désaccord entre les informateurs sur la présence d'un trouble .....	78
Tableau 3 - Caractéristiques individuelles et scolaires des élèves du « groupe accord » et du « groupe désaccord ».....	82
Tableau 4 - Caractéristiques socio-familiales des élèves dont la présence d'un trouble suscite ou non l'accord entre informateurs .....	84
Tableau 5 - Régression logistique des caractéristiques individuelles et socio- familiales sur l'accord/désaccord entre informateurs .....	86
Tableau 6 - Nombre moyen de symptômes (TDAH, TC, TOP) chez les élèves dont la présence de ces troubles suscitait l'accord ou le désaccord parents-enseignants au T1 .....	88
Tableau 7 - Trajectoires prédisant l'accord entre les informateurs et l'évolution des troubles à partir de la fréquence des services.....	94

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Evolution du nombre de symptômes d'un TDAH des élèves selon l'accord ou le désaccord entre les informateurs .....	89
Figure 2 - Evolution du nombre de symptômes d'un TC des élèves selon l'accord ou le désaccord entre les informateurs .....	90
Figure 3 - Evolution du nombre de symptômes d'un TOP des élèves selon l'accord ou le désaccord entre les informateurs .....	91
Figure 4 - Comparaison de la fréquence et de la satisfaction des services éducatifs reçus en fonction de la présence ou non d'un consensus inter-informateurs .....	92

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ces études doctorales aurait été impossible sans l'aide et le soutien de mes directrices de recherche, Pierrette Verlann et Michèle Déry, toutes les deux professeurs à l'Université de Sherbrooke et Houria Bouchafa, professeur à l'Université Catholique de l'Ouest, qui, durant chaque étape de cette thèse, m'ont fait bénéficier de leur expérience et ont mis à disposition les données nécessaires pour mener à terme ce travail. Nos discussions m'ont amenée à pousser toujours plus loin mes réflexions, à approfondir ma compréhension sur les méthodologies utilisées et à gagner en rigueur d'écriture.

Un grand merci aussi aux amis de Montréal et de Sherbrooke pour leur accueil et leur disponibilité ainsi que pour leurs précieuses initiations à la culture québécoise.

Enfin, je remercie mes proches et les collègues « Sherange » qui ont su, tout au long de cette aventure, écouter patiemment mes joies, mes déceptions et m'ont aidée à affronter les pannes informatiques.

## AVANT PROPOS

Ce travail de thèse a pris naissance dans le cadre d'un programme d'échange doctoral franco-qubécois. A la base, psychologue praticienne, nous sommes dans l'action, le faire, la mise en application sur le terrain d'un savoir appris à l'université. Spontanément, nous opposons la pratique, qui constitue notre quotidien, à la recherche, simplement parce que la recherche est une démarche théorique particulière servant à alimenter des esprits curieux, mais qui, de par sa complexité et son côté abstrait, se révèle incompatible avec les intuitions du travail du terrain. Cette représentation est d'autant plus forte que tout au long de notre cursus, nous fûmes dissuadée de faire de la recherche, sous prétexte qu'elle n'offrait guère de perspectives d'emploi, qu'elle n'était qu'une « grosse boîte noire » à ne pas ouvrir, une affaire de spécialistes, inaccessible. Puis, la thématique du doctorat reliant la formation, la recherche et la pratique nous a conduite à repenser notre position et notamment la cohabitation entre ces trois mondes. En nous interrogeant sur les liens entre la recherche et la formation mais aussi sur les conditions dans lesquelles l'expérience pratique pouvait faire avancer la recherche, nous en sommes venus à nous demander si la recherche ne pouvait pas être un détour obligé pour améliorer une pratique, trouver des réponses à des questions, justifier, documenter et expliquer des situations concrètes. Ainsi, nous avons compris que lorsque la simple réflexion critique ou l'échange entre pairs n'apportait pas de solutions, la recherche pouvait apparaître comme une nouvelle voie à explorer. Parce qu'elle interroge, formule des hypothèses, expérimente, collecte des données, la recherche est un système d'explications, grâce auquel la pratique est réinventée. Le savoir de recherche et le savoir d'expérience peuvent devenir complémentaires en passant d'une théorisation intuitive et implicite à une théorisation armée et réfléchie. En transposant ce qui est observé ou les conclusions à d'autres situations, à d'autres moments et à d'autres personnes, la recherche structure la pratique, semble garante d'évolution et peut être une aide à la prise de décisions.



En outre, la recherche satisfait au besoin d'échanges et de formation. Elle semble remporter tous les suffrages malgré une élaboration et une mise en place jamais aussi simple qu'il n'y paraît.

Notre thèse s'engage à partir de notre pratique et des fréquentes demandes de parents, d'enseignants et d'enseignantes aux prises avec des enfants manifestant une multitude de comportements d'agression, d'opposition, d'impulsivité et de refus, caractéristiques d'une rupture des codes élémentaires de la vie en société. En creusant ce qu'étaient ces difficultés pour chaque interlocuteur, nous fûmes étonnée des écarts pouvant exister dans leurs perceptions. Intuitivement, au regard de telles différences, nous nous sommes interrogée sur les messages que nous véhiculions et la façon dont ce désaccord pouvait moduler la relation entre les parents et le personnel enseignant. Nous en sommes venus à nous demander si les problèmes de comportement n'étaient pas le résultat de ces écarts de perception entre les informateurs. Devant l'insatisfaction des réponses que nous pouvions apporter à titre individuel à ces questions, nous avons voulu prévaloir une approche collective et multidisciplinaire en développant des interactions entre les acteurs du terrain et la communauté scientifique. Malheureusement, c'est dans ce va-et-vient que sont apparues les complications. En effet, un contrat de collaboration devait nous lier à nos partenaires. Toutefois, ce dernier fut difficile à établir, dans la mesure où les parents, les enseignants et les enseignantes, informateurs principaux de notre travail, ne perçoivent pas la pertinence de la recherche dans leur réalité ou leur quotidien. Dans la plupart des cas, ne maîtrisant pas les méthodologies nécessaires et souvent déçus par des chercheurs qui ont du mal à diffuser largement les savoirs qu'ils produisent, ils craignent une trop forte remise en cause de leur pratique et n'acceptent guère de répondre à nos objectifs de chercheur. Par conséquent, les contributions sont rares.

Par ailleurs, la rationalité et le caractère scientifique des questionnaires que nous souhaitions utiliser font que ces outils sont souvent mal considérés dans un climat français où le débat se cristallise sur la dimension thérapeutique

plutôt que sur le repérage et la prévention des troubles de comportement perturbateurs. Les parents et le personnel enseignant sollicités ont rejeté les questionnaires diagnostiques, convaincus qu'en codifiant de la sorte les comportements des enfants, ils étaient privés de leur libre arbitre et de leur jugement et que les enfants étaient stigmatisés. Dans ce contexte, les efforts déployés pour collecter des données se sont avérés impossibles. Aussi, il nous a fallu abandonner notre projet initial d'explorer un terrain français et d'y faire un état des lieux de la question des ententes entre informateurs ainsi que de leurs éventuels liens sur les difficultés comportementales extériorisées des élèves et l'accès aux services d'aide. Seule une étude exploratoire sur les divergences entre l'évaluation des troubles de comportement des élèves par les parents, les enseignants et les enseignantes a pu être conduite, elle a fait l'objet d'un chapitre dans le cadre du projet Formiris (Bouchafa, 2008).

Bien qu'ayant utilisé un terrain québécois, nous restons sensibles à la dimension culturelle et regrettons que les réticences des Français à l'égard d'outils nord-américains aient rendu la comparaison culturelle impossible. Cependant, nous espérons pouvoir contribuer à la construction d'un partenariat entre les approches des deux pays en diffusant auprès des étudiants de psychologie, quelques-unes des stratégies de dépistage mais également certains outils d'évaluation utilisés outre-Atlantique afin d'élargir leurs perspectives théoriques vers des points de vue complémentaires de ceux de la sociologie ou de la psychanalyse largement répandus en France.

## INTRODUCTION

Le nombre d'élèves reconnus "en troubles de comportement" dans les écoles primaires est très élevé : entre 2 % et 15 % des enfants sont concernés (INSERM, 2005). Le problème peut être encore plus saillant à l'école primaire où le nombre d'élèves identifiés avec ces difficultés a triplé ces dernières années (Conseil supérieur de l'éducation, 2001, Dumas, 2011). L'agitation, l'impulsivité, l'agressivité, les colères répétées, les coups, les dégradations, les conduites d'opposition et de désobéissance sont associés à une multitude de problèmes développementaux comme le décrochage scolaire, les conflits, l'entrée dans la délinquance et les comportements antisociaux (Campbell, 2002 ; Dodge et Pettit, 2003 ; Moffitt, 2003). Par ailleurs, l'intérêt médiatique accru des dernières années sur la question de la violence avive les inquiétudes (Debarbieux, 2001).

Devant les conséquences psychologiques, sociales et économiques lourdes que suscitent les troubles de comportement au fil des années, ils préoccupent de plus en plus l'ensemble des intervenants du milieu scolaire et constituent des problèmes majeurs de santé publique (Simonoff, Elander, Holmshaw, Pickels, Murray et Rutter, 2004). Par conséquent, les initiatives se multiplient pour mieux comprendre les élèves incapables de fonctionner dans le cadre de règles fixées par l'institution et les aider dans leur adaptation sociale et scolaire. Il s'agit de mettre l'accent sur tout ce qui permet à ces élèves de s'intégrer en identifiant les facteurs de risque inhérents (Dumas, 2011 ; INSERM, 2005).

Pour relever ce défi, les chercheurs préconisent diverses propositions d'intervention pour apprendre aux élèves ciblés à mieux maîtriser leurs comportements perturbateurs (Bowen, Desbiens, Gendron et Bélanger, 2006 ; Fonagy et Kurtz, 2002 ; Gendron, Royer, Potvin et Bertrand, 2003). La communauté scientifique, inspirée des approches bioécologiques, s'accorde également à valoriser une approche où le partenariat entre la famille et l'école



est privilégié (Charlot et Emin, 2001 ; Conseil de la famille et de l'enfance du Québec, 2000 ; Curtis, Ronan et Borduin, 2004 ; Paquin et Drolet, 2006). Seulement, est-il facile de penser une collaboration lorsque, comme nous le verrons plus loin dans ce texte, les parents, les enseignants et les enseignantes ont des différences de perception sur les difficultés de l'enfant ?

Cette recherche se propose d'examiner deux ans plus tard, l'évolution d'un trouble perturbateur de l'élève selon l'accord ou le désaccord entre informateurs sur la présence d'un trouble (déficit d'attention ou hyperactivité, trouble des conduites, trouble de l'opposition avec provocation) chez les élèves du primaire. Elle a aussi comme objectif de déterminer si un consensus inter-informateurs est associé à une fréquence plus élevée de services scolaires et à une plus grande satisfaction de ces services chez les parents. Le premier chapitre présentera la problématique de l'étude. Nous y définirons les troubles de comportement perturbateurs. Le second chapitre, consacré à la recension des écrits, s'articulera autour de deux thèmes : d'une part l'accord/désaccord entre informateurs ainsi que l'ensemble des caractéristiques de l'enfant et des informateurs associées. D'autre part, les liens éventuels d'une entente entre parents et enseignants sur l'évolution des difficultés comportementales des élèves dans le temps et l'intensité des services d'aide spécialisés. Un troisième chapitre exposera les objectifs poursuivis et la démarche méthodologique utilisée. Nous préciserons le type d'étude, les critères de sélection des participants, les caractéristiques de l'échantillon, le mode, les méthodes et les instruments de collecte de données utilisés. Un quatrième chapitre sera consacré à l'analyse et à l'interprétation des résultats. La discussion aura lieu au cinquième chapitre. Nous y expliquerons nos résultats au regard de ceux obtenus dans d'autres travaux. Par la suite, nous aborderons les perspectives de recherche future. Une conclusion mettra en avant la pertinence de ce projet en évoquant la contribution de cette thèse dans la thématique doctorale : formation, recherche, pratique et dans son contexte interculturel.

## **PREMIER CHAPITRE**

Ce chapitre décrit brièvement la nature et la prévalence des troubles de comportement manifestés par les élèves du primaire puis présente l'approche d'évaluation multi-informateurs et les divergences de perception qu'elle engendre entre les parents et le personnel enseignant sur le repérage des troubles. Le chapitre introduit également deux perspectives théoriques susceptibles d'expliquer ces écarts de perception. Il se termine par la formulation des questions qui ont orienté la recension des écrits.

### **1. NATURE ET PRÉVALENCE DES TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS**

#### **1.1 Nature des troubles**

Globalement, dans les manuels diagnostiques parmi les troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence, il existe deux grandes catégories de troubles de comportement : ceux qui se reflètent dans des comportements sous-réactifs ou intériorisés et ceux qui se manifestent par des comportements sur-réactifs ou extériorisés. Le premier type celui des « troubles de comportement intériorisés » fait référence à l'anxiété, à la dépression, à la passivité, à l'inhibition, au retrait ou à l'isolement social, à la somatisation ou encore à la dépendance à l'adulte. Le second type celui des « troubles de comportement extériorisés », est caractérisé par des activités perturbatrices qui comprennent deux sous-dimensions soit le comportement visant à briser une règle (voler, allumer des feux, consommer des psychotropes, s'absenter de l'école...) et le comportement agressif (se battre, détruire des objets, menacer autrui...).

Les troubles de comportement perturbateurs qui nous concernent dans le cadre de cette thèse correspondent aux critères diagnostiques des classifications catégorielles, telles celles proposées selon la 4<sup>e</sup> édition, texte rév., du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, communément appelé le *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, [APA], 2000) ou

encore selon la 10<sup>e</sup> édition de la *Classification Internationale des troubles Mentaux, CIM-10* (Organisation Mondiale de la Santé, 2003) sous les appellations suivantes : soit le TDAH pour le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, soit le TC pour le trouble des conduites, et enfin le TOP pour le trouble de l'opposition avec provocation.

Le TDAH est « caractérisé par un degré inapproprié d'inattention, d'impulsivité et d'activité excessive par rapport à la plupart des individus d'âge et de niveau de développement similaire » (APA, 2000, p. 107). Ce trouble est réparti en deux sous-syndromes : l'un se rapporte aux symptômes d'inattention. L'enfant qui le manifeste est désorganisé et distrait, il a de la difficulté à se concentrer, à terminer le travail commencé. L'autre sous-syndrome composé d'hyperactivité et d'un manque de contrôle de soi amène l'enfant à des comportements désinhibés. Il bouge et parle excessivement. Ces deux sous-syndromes donnent lieu à une différenciation de trois types : soit un type inattention prédominante lorsqu'un enfant présente six symptômes ou plus de manque d'attention, soit un type hyperactivité/impulsivité prédominante lorsqu'un enfant manifeste six symptômes ou plus d'hyperactivité/impulsivité et un type mixte lorsque les deux groupes de critères précédents sont remplis.

Le TC regroupe un « ensemble de conduites antisociales répétitives et persistantes d'agression physique, de vandalisme et de délinquance par lesquelles l'enfant bafoue les droits fondamentaux d'autrui et ne respecte pas les normes et les règles sociales correspondant à son âge » (APA, 2000, p. 115). Un sujet ayant un trouble de la conduite peut montrer : a) des problèmes significatifs dans les relations interpersonnelles, soit une agressivité marquée envers les personnes et les animaux, de la brutalité, de la cruauté physique ou un ardent désir de se bagarrer, d'utiliser des armes ; b) des difficultés à suivre les règles dans des contextes académiques et familiaux avec notamment de l'absentéisme scolaire et des fugues ; c) des transgressions des règles établies avec souvent des destructions délibérées des biens matériels, du vandalisme, des vols, de la fraude.



Le TOP implique « un ensemble récurrent de comportements négativistes, conflictuels, de provocation, de désobéissance et d'hostilité envers les personnes en position d'autorité, persistants pendant au moins 6 mois et plus fréquents que chez les sujets d'âge et de niveau de développement comparables » (APA, 2000, p. 120). L'élève oppositionnel, intolérant à la frustration, susceptible et facilement agacé, commet des actes injustifiés d'intimidation, d'agression, de destruction. Il taquine et importune souvent ses pairs, conteste ce que lui dit l'adulte, refuse de se plier aux demandes et fait délibérément des choses qui ennuiant les autres. Colérique, il se fâche et fait porter à autrui la responsabilité de ses actes, de ses erreurs et de sa mauvaise conduite mais le caractère vindicatif de cet élève se caractérise plus rarement par l'agression physique.

Les troubles de comportements perturbateurs présentés par l'enfant entraînent une altération cliniquement significative de son fonctionnement social, familial et scolaire et révèlent un déficit important de la capacité d'adaptation. Distinct des difficultés comportementales temporaires et des manifestations de désobéissance développementales, ces comportements sont plus persistants, plus fréquents et constants que ceux des autres enfants du même âge et du même sexe. Ils sont stables dans tous les milieux (maison, école) et à travers le temps (Loeber et Farrington, 2001 ; Tremblay, 2003). Les critères diagnostiques et les caractéristiques majeures de ces troubles sont présentés dans l'annexe A.

## **1.2 Prévalence des troubles**

Plusieurs écrits (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2004 ; Mattison, Gadow, Sprafkin et Nolan, 2002 ; Place, Wilson, Martin et Hulsmeier, 2000) suggèrent que dans la majorité des cas, les élèves dépistés à l'école pour les troubles de comportement le sont surtout pour des troubles de comportement extériorisés (paroles et actes d'agression, impulsivité et hyperactivité, refus persistant d'un encadrement justifié). Cependant, malgré le nombre d'études

épidémiologiques disponibles, l'ampleur du TDAH, du TC et du TOP reste difficile à préciser.

Les taux de prévalence rapportés en population générale pour le TDAH sont de l'ordre de 4 % à 6,5 % (Antrop, Roeyers, Oosterlaan et Van Oost, 2002) ; avec les critères du *DSM-IV-TR* (APA, 2000), il atteint 11,4 %. Le TDAH est diagnostiqué plus fréquemment pendant l'enfance plutôt qu'à l'adolescence et le taux est généralement de deux à trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (Ohan et Jonhston, 2005). Entre 4 et 11 ans, le trouble atteint 10 % des garçons contre 3 % des filles. Une particularité de ce trouble est qu'il n'apparaît presque jamais sous une forme pure, c'est-à-dire non accompagné de troubles associés. Près de 50 % à 60 % des enfants rencontrent les symptômes d'un TDAH en cooccurrence avec ceux d'un TOP ; et 15 % à 30 % des élèves présentent conjointement les symptômes d'un TDAH et ceux d'un TC (Biederman, 2005 ; Egger et Angold, 2006). Cependant, on constate tout de même que 20 % à 25 % des élèves manifestent uniquement le TDAH (Déry *et al.*, 2004).

Le TC et le TOP constituent les autres troubles de comportement perturbateurs manifestés chez les élèves dans les milieux scolaires. Concernant le TC, les taux de prévalence sont de l'ordre de 5 % à 9 % chez les garçons de moins de 15 ans ; chez les filles, il diminue à 3 % (Loeber, Burke, Lahey, Winters et Zera, 2000 ; Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004). Selon les critères du *DSM-IV-TR*, les taux de prévalence du TC varient de 6 % à 16 % pour les garçons et de 2 % à 9 % pour les filles. Dans la population générale, le TOP est diagnostiqué pour 2 % à 16 % des enfants (APA, 2000). Chez les enfants de 8 à 10 ans, les taux de prévalence du TOP sont de l'ordre de 3 % à 4 % pour les deux sexes, puis ils diminuent à partir de 13 ans, variant de 1 % à 3 % (Loeber *et al.*, 2000 ; Maughan *et al.*, 2004). La proportion d'enfants manifestant un trouble des conduites est plus élevée que celle des enfants ayant un trouble de l'opposition, parce que lorsque les deux troubles s'observent en même temps chez l'enfant, seul le diagnostic du TC s'applique

habituellement (APA, 2000). De plus, entre 20 % à 50 % des élèves qui ont un TOP présentent en même temps un TC (Maughan *et al.*, 2004) et 60 % à 90 % des jeunes qui ont un TC manifestent conjointement un TOP (Maughan *et al.*, 2004).

La variation des taux de prévalence rapportés dans les différentes études épidémiologiques s'explique par les définitions utilisées, les échantillons étudiés (communautaire ou groupe clinique), la pluralité des méthodes d'évaluation et des personnes auprès desquelles les données sont recueillies.

De tout temps les enfants se sont opposés aux règles sociales par l'agressivité et l'opposition, cependant les modes de vie des sociétés industrialisées, orientées vers la recherche constante de stimulation, de nouveauté et de compétitivité, contribuent probablement à l'agitation et à l'impatience de nombreux enfants dès le plus jeune âge ainsi qu'à une augmentation des violences et des incivilités en milieu scolaire (Debarbieux, 2006). Ces dernières années, les comportements perturbateurs font davantage l'objet de l'attention des médias et des intervenants socioéducatifs qui mettent l'accent sur les défis que pose l'adaptation de ces élèves en difficultés. Comme le souligne Dumas (2011, p.253), les troubles de comportement perturbateurs « s'inscrivent dans un contexte dans lequel le comportement de l'enfant ne correspond ni à celui de ses camarades ne présentant pas de difficultés, ni aux attentes sociales de l'entourage » et ne prennent sens qu'à partir des significations des évaluateurs, selon que l'enfant excède ou non les limites de la normale. Lorsqu'un diagnostic est posé il reflète non seulement le comportement habituel de l'enfant mais également le propre système de références, produit d'une culture sociale donnée ou encore du niveau de tolérance personnelle de l'adulte. L'influence de l'environnement est particulièrement évidente et amène possiblement des distorsions dans les définitions.



Les méthodes d'évaluation renseignent sur la présence de difficultés comportementales, à partir d'items et de critères diagnostiques qui peuvent être différents d'un outil à l'autre. Certains reflètent d'une approche catégorielle permettant de déterminer la présence ou non des symptômes à un moment donné. D'autres incorporent des éléments de nature dimensionnelle et estiment des valeurs de fréquence, d'intensité ou de sévérité des symptômes ; ce qui peut modifier les estimations (Qi et Kaiser, 2003). Les échelles et questionnaires de comportements ou entretiens diagnostiques structurés comprennent le terme souvent (par ex. ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit) indiquant que les différences comportementales sont quantitatives. La possibilité de faux diagnostic tant de la part des parents que des enseignants et des enseignantes existe.

De plus, comme nous le verrons plus tard, le nombre d'enfants diagnostiqués avec des troubles de comportement perturbateurs varie également selon que l'on recoure exclusivement à un seul informateur, parent ou enseignant, ou qu'au contraire les deux informateurs soient sollicités tous les deux (Drabick, Gadow et Loney, 2007 ; Loeber *et al.*, 2000). Par exemple, Norwich, Cooper et Maras (2002) ont remarqué que sur 17 % d'enfants identifiés soit par le parent ou l'enseignant comme présentant un TDAH, seulement 7,5 % étaient perçus comme présentant un trouble conjointement à l'école et à la maison.

### **1.3 Les trajectoires des troubles**

A maintes reprises les données empiriques ont démontré la persistance des troubles de comportement perturbateurs des élèves dans le temps. Ainsi, 70 % des élèves du primaire présentant un TDAH continuent de rencontrer les critères diagnostiques de ce trouble à l'adolescence (Barkley, 1998). Dans un échantillon de population générale, 40 % des filles et 46 % des garçons manifestant initialement un TC ou un TOP continuent de recevoir ces diagnostics trois ans plus tard (Messer, Goodman, Rowe, Meltzer et Maughan, 2006).

Un grand nombre d'études longitudinales (Broidy *et al.*, 2003 ; Fergusson, Horwood et Ridder, 2005 ; Moffitt *et al.*, 2002) ont posé que les deux tiers des élèves manifestant des troubles de comportement perturbateurs connaîtront de sérieux problèmes à l'adolescence. Copeland et ses collègues (Copeland, Miller-Johnson, Keeler, Angold et Costello, 2007) ont observé que 51,4 % des garçons et 43,6 % des filles diagnostiqués avec un TC ou un TOP développeront une personnalité antisociale ou criminelle une fois adulte. Par ailleurs, les comportements opposants, agressifs et hyperactifs des élèves à l'enfance sont précurseurs des problèmes de délinquance juvénile ou des comportements antisociaux et illégaux à l'adolescence, notamment la consommation de psychotropes (Burke, Loeber et Birmaher, 2002a ; Broidy *et al.*, 2003 ; Moffitt *et al.*, 2002).

Lorsque les troubles de comportement perturbateurs sont présents à l'enfance, ils viennent ajouter un défi supplémentaire à l'apprentissage et à l'intégration de l'élève en classe. Ainsi, la grande majorité de ces élèves avec des troubles de comportement perturbateurs a plus de difficultés d'adaptation sociale (McMahon et Frick, 2005) et cumule des retards d'apprentissage, et des échecs scolaires (Campbell, 2002 ; Hughes, Crothers et Jimerson, 2008 ; Owens et Shaw, 2003). Perturbant de manière importante la gestion de la classe et compromettant le bien-être de leurs pairs (Gagnon, Boisjoli, Gendreau et Vitaro, 2006), ces élèves ont un risque plus élevé d'être expulsés (Hughes *et al.*, 2008) et finalement, ils se dirigent vers le décrochage scolaire (Fortin, Marcotte, Royer et Potvin, 2005) avec, en corollaire, un faible taux d'intégration sur le marché du travail (Brame, Nagin et Tremblay, 2001 ; Burke, Loeber, Lahey et Rathouz, 2002b ; French et Conrad, 2001).

La cooccurrence des troubles extériorisés et intériorisés est un phénomène fréquemment observé (Fortin *et al.*, 2005 ; Nelson, Babyak, Gonzalez et Benner, 2003). Par exemple, Déry et ses collègues (2004), dans leur étude portant sur la fréquence des différents troubles dans un échantillon



représentatif d'élèves du primaire recevant des services éducatifs en raison de difficultés de comportement, suggèrent que 20 % des élèves dépistés à l'école pour troubles de comportement manifestent un trouble anxieux ou dépressif, mais que, dans pratiquement tous les cas, ces troubles intériorisés s'accompagnent d'un trouble extériorisé concomitant. L'enfant avec des troubles de comportement perturbateurs à l'école et à la maison présenterait un plus haut niveau de stress que d'autres enfants sans ces troubles (Lambert, Wahler, Andrade et Bickman, 2001, Marmostein, 2007) et développerait des problèmes de santé mentale concomitants (Moffitt, 2003), ce qui pourrait avoir un effet sur la persistance des troubles (Kim-Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby et Caspi, 2005).

Comme le TC survenant précocement est susceptible de se poursuivre à l'adolescence et à l'âge adulte (Broidy *et al.*, 2003 ; Lahey, Loeber, Burke et Applegate, 2005) et que le TOP ou le TDAH s'avèrent très stables dans le temps (Biederman, Petty, Dolan, Hughes, Mick, Monuteaux et Faraone, 2008 ; Whittinger, Langle, Fowler, Thomas et Thapar, 2007), ces troubles de comportement perturbateurs constituent une des raisons principales et récurrentes de consultations auprès des cliniciens et dans les services de santé mentale (Hinshaw et Lee, 2003 ; Kazdin, 2003 ; Loeber *et al.*, 2000 ; Roskam, Kinoo et Nassogne, 2007 ; Turzs, 2001). En raison de l'association d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP à l'échec scolaire et de l'augmentation des risques de développer une psychopathologie avec en conséquence des coûts en service sociaux et de santé (Grove, Evans, Pastor et Mack, 2008), ces troubles préoccupent au plus haut point les intervenants du milieu scolaire qui expriment le besoin d'identifier les élèves les plus vulnérables afin de les orienter vers les services appropriés (Le Blanc et Morizot, 2000). Pour relever le défi de leur intégration, les efforts sont concentrés sur les moyens d'obtenir rapidement des informations sur le fonctionnement de l'enfant à l'école et à la maison, sur la nature et la sévérité de ses problèmes. L'évaluation constitue alors un objectif de première importance. Il s'agit d'identifier les comportements cibles avec des techniques d'observation ou d'analyse

systematique pour viser les réponses les mieux adaptées et diriger au besoin l'enfant vers des services d'aide (Achenbach, 2006). Le cas échéant, l'évaluation peut également être utile pour mesurer les changements relatifs aux troubles de comportement d'un sujet après la mise en place des services complémentaires (Visser, Van der Ende, Koot et Verhulst, 2003).

## **2. TROUBLES DE COMPORTEMENT ET APPROCHE MULTI-INFORMATEURS**

L'école est un lieu de vie où les élèves sont susceptibles de manifester leurs compétences et leurs difficultés comportementales. De par leurs contacts répétés avec les élèves, leurs connaissances sur le développement de l'enfant mais aussi leurs habiletés à évaluer un élève en le comparant à un groupe de référence du même âge, du même sexe et de la même communauté (Le Blanc et Morizot, 2000), les enseignants ou les enseignantes sont des informateurs de choix pour repérer rapidement les élèves qui présentent des troubles du comportement nécessitant un service scolaire complémentaire.

Les données ainsi fournies sont utiles aux intervenants psychosociaux du milieu scolaire. Cependant, pour obtenir un tableau fidèle et détaillé des difficultés de comportement des enfants d'âge scolaire et pour mieux repérer les sujets à risque, c'est-à-dire avec des problèmes sévères ou un trouble perturbateur, l'évaluation ne peut reposer sur une seule source d'informations ni un même contexte d'observation (Achenbach, 2006 ; Power, Costigan et Leff, 2001; Rutter et Sroufe, 2000). Ceci ne révélerait qu'une vue partielle des difficultés de comportements et des compétences de l'enfant et pourrait s'accompagner d'une sous-détection de certains problèmes, en empêchant quelques élèves de bénéficier d'interventions préventives ou au contraire d'une sur-détection de simples difficultés passagères, en exposant inutilement les élèves à un étiquetage négatif (Costello, Copeland, Cowell et Keeler, 2007). Par conséquent, dans une démarche d'évaluation, il est recommandé de recueillir des informations sur les élèves en combinant la perspective des



enseignants et des enseignantes avec celle des parents (Achenbach et Rescorla, 2007 ; Renk, 2005) parce que ces derniers sont également familiers avec les problèmes comportementaux des enfants et qu'ils sont assez faciles d'accès (Konold, Brewster et Pianta, 2004). Cette stratégie d'évaluation est nommée par Bigras et ses collègues (2010) un consensus « inter-répondants » contrairement à un consensus dit « inter-juges » où les adultes (habituellement des intervenants ou des chercheurs) rapportent des observations d'un même enfant faites dans un même contexte.

Les procédures d'évaluation utilisées pour repérer les troubles du comportement sont diverses et allient habituellement des techniques d'observation à des échelles d'évaluation (Campbell, 2002 ; Collet, Ohan et Myers, 2003 ; Massé et Pronovost, 2006 ; Walker, Ramsey et Gresham, 2004). Les échelles d'évaluation auto-administrées ou administrées lors d'une entrevue structurée constituent habituellement de bons outils exploratoires pour décrire et évaluer selon des références normatives ou des critères cliniques les comportements de l'enfant en couvrant plusieurs contextes et des périodes de temps variées (Angold et Costello, 2001 ; APA, 2000 ; Massé et Pronovost, 2006). Ces échelles permettent aux intervenants de recueillir rapidement une quantité importante d'informations ce qui les rend plus efficaces dans l'analyse des problèmes. Elles sont simples à administrer et à coter puisque leur principe est d'inviter chaque informateur (parents, enseignants et enseignantes) à noter, à partir d'un continuum normal ou anormal ou de critères spécifiques, la présence ou l'absence, l'étendue ou encore la fréquence de certains comportements particuliers. En comparant les caractéristiques observées aux normes établies à partir de critères explicites, les informations recueillies permettent d'apprécier la situation d'un élève.

Massé et Pronovost (2006) ont établi un inventaire des principaux instruments disponibles en français pour dépister les troubles de comportement en milieu scolaire. La première catégorie de cette classification désigne des instruments spécifiques, conçus pour évaluer des problématiques précises, par

exemple le *Conners Rating Scales* (Conners, 1997) ou le *Social Skills Rating System* (SSRS, Gresham et Elliot, 1990), alors que la deuxième regroupe des instruments dits non spécifiques, permettant de faire des investigations sur un grand nombre de difficultés en même temps, comme l'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA, Achenbach et Rescorla, 2001) ou le *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC, Shaffer *et al.*, 1993).

Les décisions d'intervention, reposant sur des informations provenant des adultes qui côtoient habituellement l'enfant, soit ses parents et son enseignant, n'impliquent pas nécessairement que ces derniers s'entendent sur la nature et la sévérité des troubles de l'enfant. C'est plutôt le contraire comme le rapportent les travaux scientifiques. Ce sont Achenbach et ses collègues (1987) qui, les premiers ont mis en évidence ces écarts de perception entre les informateurs. En passant en revue 119 études, incluant 269 échantillons cliniques et non cliniques d'enfants et d'adolescents de 18 mois à 19 ans, ces auteurs rapportent un coefficient de corrélation moyen de l'ordre de 0,28 entre les évaluations des parents et celles des enseignants sur les items communs des échelles d'Achenbach (1991*a*, 1991*b*, 1991*c*) problèmes de comportement ; les corrélations dans les échantillons pour cette combinaison d'informateurs s'étendant de 0,12 à 0,49 sont significatives.

Depuis, un grand nombre de chercheurs (Cai, Kaiser et Lipsey, 2004*b* ; Ferdinand, Van der Ende et Verhulst, 2007 ; Mitsis, Mc Kay, Schulz, Newcorn et Halperin, 2000 ; Renk et Phares, 2004 ; Rutter et Sroufe, 2000 ; Winsler et Wallace, 2002) laissent supposer qu'il n'est pas rare d'observer des divergences importantes dans les évaluations du comportement de l'enfant par les parents et par les enseignants. Dans ces études utilisant des outils variés, les coefficients de corrélations inter-informateurs tendent à être modestes, variant de 0,19 à 0,49. Par exemple, l'accord moyen est estimé à 0,44 si les instruments sont identiques avec une version parent utilisée en parallèle d'une version enseignant et à 0,33 avec des instruments différents (Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova, 2005). De telles divergences sont également



observées tant pour des échantillons d'enfants suivis en clinique que pour ceux issus de la population générale (Crystal, Ostrander et Chen, 2001 ; Doctoroff et Arnold, 2004 ; Ferdinand *et al.*, 2007 ; Renk et Phares, 2004).

Ces différents travaux empiriques posent que ces divergences dans les évaluations du comportement d'un enfant entre deux adultes, qui s'occupent pourtant du même enfant, constituent un phénomène normal et ce en dépit de la fiabilité des instruments de mesures qui se révèle tout à fait adéquate. Le contexte d'observation et les caractéristiques mêmes de l'informateur semblent influencer les évaluations.

### **3. LES MODÈLES EXPLICATIFS DU DÉSACCORD ENTRE PARENTS ET ENSEIGNANTS SUR LES TROUBLES DE COMPORTEMENT**

Les parents, les enseignants et les enseignantes ne s'entendent pas toujours dans leurs descriptions des difficultés comportementales des enfants (Achenbach *et al.*, 1987 ; De los Reyes et Kazdin, 2005 ; Gross, Fogg, Garvey et Julion, 2004 ; Renk et Phares, 2004). Bien qu'il existe plusieurs raisons qui peuvent expliquer ces divergences d'opinions entre deux adultes s'occupant pourtant du même enfant, deux modèles explicatifs sont principalement évoqués dans la littérature : en premier lieu, le désaccord inter-informateurs s'expliquerait par les changements réels de comportement de l'enfant selon le lieu de vie (école/maison) dans lequel il est observé (Achenbach, 2006 ; Konold, Brewster et Pianta, 2004 ; Kraemer, Measelle, Ablow, Essex, Boyce et Kupfer, 2003) ; en second lieu ces écarts entre parents et personnel enseignant seraient dus aux caractéristiques de l'informateur et refléteraient les différences dans leurs attentes, leurs connaissances sur les difficultés de l'enfant et leurs expériences (Achenbach, 2006 ; De Los Reyes et Kazdin, 2005). Ces deux modèles explicatifs seront brièvement décrits.

### 3.1 Les explications de type bioécologique

La théorie bioécologique de Bronfenbrenner (1979 ; 1998 ; 2006), désormais classique, précise que les comportements d'un enfant sont le produit d'une adaptation progressive et mutuelle entre l'enfant et son environnement. Par conséquent, chaque enfant réagit selon ses ressources et son niveau de développement aux demandes de ses proches et le comportement de l'enfant résulte des multiples interactions avec son environnement (Sameroff, 2009). Cela implique qu'un même enfant n'agit pas nécessairement de la même manière à la maison et à l'école et que les parents, les enseignants ou les enseignantes ne s'entendent pas sur la nature ou l'intensité des comportements de l'enfant (Kerr, Lunkenheimer et Olson, 2007 ; Konold *et al.*, 2004 ; Norwich *et al.*, 2002).

### 3.2 Les explications liées aux représentations sociales

Une deuxième explication des divergences d'évaluation des troubles entre les parents, les enseignants ou les enseignantes se formule en termes de représentations sociales. En introduisant ce concept Moscovici explique que les représentations « sont une forme de connaissance de sens commun, socialement élaborée et partagée » (Moscovici, 1984, p.63). Elles sont un instrument de catégorisation qui a pour fonction de structurer le réel pour permettre l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social et culturel donné. Au-delà de ces référents sociaux, elles intègrent spécifiquement des dimensions psychologiques (Ecalte, 1998) et sont influencées par des facteurs individuels. Dans cette perspective, l'évaluation des comportements de désobéissance, d'agitation, d'agressivité de l'enfant n'est alors pas le reflet fidèle de phénomènes objectifs mais plutôt une interprétation.

Chaque informateur, selon son histoire personnelle, son vécu, ou son milieu socioculturel qualifie ce que fait l'enfant à la lumière d'une norme à

laquelle il se compare plus ou moins consciemment et avance dans le même temps de manière automatique une explication causale du comportement observé avec tous les biais d'attribution mis en évidence dans la littérature (Beauvois, Deschamps et Schadron, 2005 ; Dubois, 2005). Inévitablement comme l'enseignant a des points de références différents de ceux du parent il privilégie le repérage de certains comportements de l'enfant plutôt que d'autres et les évaluations entre ces deux informateurs peuvent fortement varier (Achenbach, 2006 ; De Los Reyes et Kazdin, 2005).

De plus, là où les parents se référeront volontiers aux comportements des autres enfants de la fratrie pour considérer que l'enfant cible est plus agité, par exemple que ne l'était leur fils ou fille aîné(e), les enseignants et les enseignantes se référeront aux nombreux enfants qu'ils côtoient quotidiennement dans leur classe (Le Blanc et Morizot, 2000 ; Pellegrini et Bartini, 2000). Ce choix implicite d'un échantillon de référence sur l'évaluation est important quant aux écarts de perception observés entre deux informateurs et montre combien les parents, influencés par le comportement de l'enfant à la maison autant que par ce qu'expliquent les enseignants ou les enseignantes de son comportement à l'école, auraient tendance à rapporter plus de problèmes comportementaux que le personnel enseignant (Gross *et al.* 2004). Tandis que de leur côté, les enseignants ou les enseignantes, plus familiers avec les comportements appropriés et/ou normaux d'un enfant à un âge donné, seraient moins influencés dans leur jugement lorsqu'ils utilisent une échelle standardisée que les parents (Campbell, 2002). Le degré de familiarité avec les comportements de l'enfant et le rôle que chaque informateur jouent dans la vie de l'enfant semblent influencer l'évaluation (Konold et Pianta, 2007) et devraient être pris en compte pour expliquer les divergences entre les parents et les enseignants.

En somme, la présence d'un désaccord inter-informateurs rapportant les troubles de comportement perturbateurs des élèves repose sur les prémisses de base de ces deux modèles explicatifs. Les parents et le personnel enseignant



fournissent sur les symptômes des élèves des informations valides mais uniques et différentes car influencées par les variations du comportement de l'enfant selon ses lieux de vie ou interprétées en fonction de leurs dispositions personnelles, de leur vécu et de leur héritage culturel.

#### 4. QUESTIONS DE RECENSION

Après avoir défini les troubles de comportement perturbateurs des élèves du primaire et l'ampleur du phénomène, nous avons souligné l'importance d'une démarche d'évaluation pour soutenir les activités de dépistage et l'intervention. Seulement, il est recommandé (APA, 2000) d'observer les comportements des enfants dans des contextes de vie différents, comme à l'école et à la maison, en combinant l'information des parents à celle des enseignants (Culp, Howell, McDonald Culp et Blankemeyer, 2001). Cette stratégie d'évaluation « inter-répondants » (Bigras *et al.*, 2010) n'implique pas pour autant que deux adultes qui s'occupent du même enfant s'entendent toujours sur leur description des troubles de comportement de l'enfant. Au contraire, la majorité des auteurs conclue que les corrélations inter-informateurs sont plutôt faibles à modérées. Un tel constat nous amène dans une première partie de la recension à nous pencher sur les écrits de ces dernières années pour mieux saisir la nature du consensus entre les parents et les enseignants sur les troubles de comportement des élèves du primaire. Notre travail se positionnant autour des causes d'un désaccord inter-informateurs nous voulons, dans la deuxième partie, jeter un éclairage sur les caractéristiques associées à l'accord ou au désaccord entre informateurs. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le désaccord s'expliquerait par des changements réels de comportement de l'enfant d'un lieu de vie à l'autre (Konold *et al.*, 2004 ; Kraemer *et al.*, 2003) et par les caractéristiques personnelles et les attentes de l'informateur (Achenbach, 2006 ; Konold et Pianta, 2007). Dans la mesure où les facteurs contextuels et les dispositions personnelles influent dans le désaccord entre les parents et les enseignants, il est probable que certaines caractéristiques de l'élève soient également



susceptibles d'influencer l'évaluation des difficultés comportementales de l'enfant. Par ailleurs, dans la foulée des constats d'une forte stabilité d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP dans le temps et en corollaire des coûts financiers considérables en services sociaux et scolaires que leur persistance suscite au fil des années (Brown, Freeman, Perrin, Stein, Amler et Feldman, 2001 ; Connor, 2002 ; Grove *et al.*, 2008), la question de la prise en charge se pose de manière aigue. Par conséquent l'évaluation, préliminaire à l'élaboration d'un plan d'intervention efficace, devient primordiale (Massé et Pronovost, 2006). Or, si les parents et les enseignants fournissent des descriptions différentes des comportements d'un même enfant, nous nous devons de pousser plus loin notre analyse en nous demandant, dans une troisième partie, quelles pourraient être les répercussions de ces écarts de perception entre adultes sur le recours aux services scolaires et sur l'évolution des élèves concernés.

## DEUXIEME CHAPITRE – RECENSION DES ECRITS

### 1. MÉTHODE DE RECENSION

Cette partie consiste à recenser les travaux scientifiques portant sur le consensus entre les parents et les enseignants quant à la perception des troubles de comportement des élèves du primaire ainsi que certaines caractéristiques propres aux élèves ou aux informateurs susceptibles d'être associées à un accord ou un désaccord entre informateurs. Pour ce faire, nous avons consulté deux banques de données : *PsycINFO* (Psychological Abstracts), *ERIC* (Educational Ressource Information Clearinghouse). Devant le nombre élevé d'articles, nous avons privilégié les publications les plus récentes (couvrant les dix dernières années). Les descripteurs les plus efficaces pour générer des titres pertinents ont été les suivants : *cross- informants and behavior problem or conduct disorder, parent or teacher and agreement and conduct disorder, parent or teacher rating scales, parents or teachers reports and conduct disorder, assessment and cross-cultural or boys or girls or age and conduct disorder, CBCL and TRF and primary school*.

Il existait plusieurs façons de regrouper ces textes pour faire état de leur contenu et les synthétiser au mieux. Comme nous ne voulions que des résultats d'études empiriques publiées suite à une évaluation par les pairs, les rapports de recherches et les chapitres de livre furent éliminés. Un examen de la littérature permet de dégager que beaucoup de travaux sur l'accord entre informateurs prenaient en compte les adolescents ou d'autres informateurs que ceux qui nous intéressaient ici. Par exemple, une demi-douzaine d'écrits ne traitait que des perceptions des parents (père vs mère) ou de celles des jeunes, nous les avons exclus. Au final, seule une vingtaine de textes répondait à nos critères pour la première recension. Les études retenues sont regroupées en tableau dans l'annexe B et référencées dans la bibliographie. Ce tableau vise à

décrire les principales caractéristiques de ces recherches (échantillon étudié, objet d'étude, devis de recherche, dimensions évaluées, outils d'évaluation), les principaux résultats obtenus et les limites de ces études afin de rapidement en extraire les informations pertinentes.

Par ailleurs, nous avons conduit une recherche spécifique sur les associations entre la présence ou non d'un accord entre le parent et l'enseignant et les services menés auprès de l'enfant présentant des troubles de comportement perturbateurs. Une fois de plus, nous avons interrogé les banques de données sur les domaines de l'intervention et favorisé les écrits scientifiques, publiés en anglais et en français, qui prenaient en compte les descripteurs suivants : *parent or teacher assessment and intervention and conduct disorder, cross-informants and behavior problem and treatment or intervention*.

Enfin, la recension cherchait à connaître les liens des écarts de perception entre informateurs sur l'évolution des difficultés comportementales des enfants. Nous avons donc élargi nos investigations dans ce sens en utilisant les mots clés suivants : *cross-informant agreement and conduct disorder and outcomes, multi-informants and conduct disorder and trajectories, parent or teacher reports or rating scales and conduct disorder and pathways or trajectories*.

Les travaux recensant les liens de l'entente ou non entre informateurs quant à la reconnaissance des troubles des élèves sur les services ou l'évolution des difficultés comportementales des élèves sont peu nombreux. Nous nous sommes rendu compte que la plupart des écrits ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Ceci nous amène à penser qu'à l'heure actuelle nos connaissances sur ces questions restent trop parcellaires. Jusqu'à présent, l'intérêt des chercheurs s'est porté sur les variables susceptibles d'influencer la participation ou non d'un élève à une intervention et d'en prédire la réussite. Une grande majorité de ces textes s'intéressait également aux parents et aux



caractéristiques susceptibles de modifier leur décision de collaborer au suivi de leur enfant. Plus spécifiquement, les études se sont centrées sur des facteurs familiaux (styles parentaux, pratiques éducatives) et personnels (sentiment d'efficacité des parents, croyances et compréhension de leur rôle) susceptibles d'influencer l'accès aux services et par conséquent les pronostics d'évolution des troubles de comportement perturbateurs chez l'enfant. Un ensemble de recherches portait également sur la collaboration famille-école en précisant comment la nature des invitations et des demandes de l'école contribuent à améliorer les services, à prévenir le décrochage scolaire et à améliorer l'ajustement social et la réussite scolaire des élèves. Ces travaux ont été exclus car ils ne nous permettent pas de savoir si la présence ou non d'un accord entre le parent et l'enseignant constitue un critère d'accès à l'intervention auprès de l'enfant présentant des troubles de comportement ni de questionner le lien potentiel d'un accord entre informateurs sur les comportements ultérieurs de l'enfant.

## **2. ETUDES PORTANT SUR L'ACCORD PARENTS-ENSEIGNANTS**

Les auteurs ont examiné les liens de différents facteurs sur la présence d'un accord ou d'un désaccord entre les parents et les enseignants quant à la reconnaissance d'un trouble de comportement perturbateur. Ces facteurs incluent notamment la nature et la gravité des troubles, de même que certaines caractéristiques personnelles et familiales. Les résultats de ces études sont présentés selon qu'ils concernent la nature ou la gravité des difficultés comportementales, les caractéristiques des enfants, de leur environnement et aussi celles des évaluateurs.

### **2.1 Accord et troubles de comportement de l'enfant**

Les travaux scientifiques rapportent des résultats consistants sur les différences systématiques entre les évaluations des comportements des élèves par les parents et celles provenant du personnel enseignant (Achenbach et Rescorla, 2007 ; De Los Reyes et Kazdin, 2005 ; Renk et Phares, 2004).

Toutefois, certains aspects (spécifiquement la nature et la sévérité) des troubles de comportement des élèves du primaire suscitent-ils plus de consensus entre informateurs que d'autres ?

### *2.1.1 Accord et nature des difficultés*

Dans le cadre d'une méta-analyse, Achenbach *et al.* (1987) ont comparé, pour 119 études, les coefficients de corrélation rapportés entre les évaluations des parents et celles des enseignants sur les problèmes de comportement pour l'échelle des troubles intérieurs (anxiété-dépression, retrait, plainte somatique) versus celle des troubles extérieurs (comportements agressifs, d'opposition) des échelles d'Achenbach. Les résultats indiquent que le niveau d'entente entre informateurs est plus élevé pour l'échelle des troubles extérieurs que pour celle des troubles intérieurs, soit respectivement des coefficients de corrélations entre répondants, significatifs, de 0,48 pour les troubles extérieurs et de 0,13 pour les troubles intérieurs. Ce constat a été validé plus récemment dans divers travaux (Cai, Kaiser et Hancock, 2004a ; Comer et Kendall, 2004 ; Grietens, Onghena, Prinzie, Gadeyne et Van Assche, 2004 ; Salbach-Andrae, Lenz et Lehmkuhl, 2009). Ces études mettent en évidence des corrélations significativement plus élevées entre les évaluations des parents et celles des enseignants pour les comportements observables, à savoir l'opposition, l'agression, l'irritabilité, l'inattention ou l'impulsivité et significativement plus faibles pour les troubles intérieurs tels que l'anxiété ou l'humeur triste.

Plus particulièrement, dans un échantillon important de 505 élèves majoritairement afro-américains, Cai *et al.* (2004a) ont observé, aux échelles d'Achenbach, une corrélation faible ( $r = .11$ ) entre les parents et les enseignants sur les problèmes de comportement de l'enfant pour l'échelle des troubles intérieurs et une corrélation modérée ( $r = .29$ ) pour l'échelle des troubles extérieurs. Selon ces auteurs, les comportements du type « *mord les autres* » ou « *ne peut pas se concentrer* », qui interfèrent de façon sérieuse sur le fonctionnement normal de l'enfant et requièrent plus d'efforts

d'intervention, sont ceux qui amènent significativement le plus de consensus entre les informateurs. Similairement, en utilisant une série de vignettes en lien avec les 9 comportements inadaptés de l'enfant en classe, Aaroe et Nelson (2000) ont relevé que ce sont les manifestations de colère, de violence envers les pairs ou de non-respect des droits des autres qui sont les plus mentionnés par les deux informateurs et amènent la meilleure entente inter-répondants. Dans le même ordre d'idées, Gresham et ses collègues (Gresham, Elliott, Cook, Vance et Kettler, 2010) ont trouvé des corrélations significativement plus fortes entre les parents et les enseignants sur les comportements extériorisés de 168 enfants issus d'un échantillon de la population et évalués avec le *SSIS (Social Skills Improvement System)* de Gresham et Elliot, (2008), que sur les comportements intériorisés, soit respectivement 0,39 et 0,18.

L'ensemble de ces travaux confirme qu'il y a davantage de consensus entre les parents et le personnel enseignant sur les troubles extériorisés que sur les troubles intériorisés quelle que soit l'échelle de mesure utilisée. Cet accord entre informateurs varie-t-il selon la nature des troubles de comportement perturbateurs présentés par l'enfant ? Antrop *et al.* (2002), en utilisant le *DBDRS (Disruptive Behavior Disorder Rating Scale)*, de Pelham, Gnaggy, Grenslade et Millich, (1992) auprès de 55 enfants âgés de 6 à 12 ans et diagnostiqués avec un TDAH, constatent que si les parents et les enseignants s'entendent relativement bien sur la présence d'un TOP ( $r = .56$ ) et d'un TC ( $r = .36$ ), l'accord est significativement plus faible pour le TDAH (soit  $r = .13$  pour l'échelle d'inattention et  $r = .09$  pour l'échelle d'hyperactivité).

Des conclusions différentes peuvent être tirées des analyses de Norwich et ses collègues (2002) menées auprès d'un échantillon d'enfants américains (1962 élèves de 45 écoles primaires). Ces auteurs observent un consensus ( $r = .53$ ) entre les parents et les enseignants sur l'échelle d'hyperactivité du *SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)* de Goodman, 1994 ; 1997 ; 1999) mais l'entente entre informateurs n'est pas significative sur les autres échelles de comportement. Pour ajouter, selon les résultats obtenus par Van der



Ende et Verhulst (2005) auprès de 1122 adolescents allemands, âgés de 11 à 18 ans et vivant aux Pays-Bas, la plus forte corrélation ( $r = .41$ ) entre les parents et les enseignants se retrouve sur la sous-échelle des problèmes d'attention de l'Achenbach, suivie de celle des comportements agressifs ( $r = .36$ ) et enfin de celle des syndromes délinquants ( $r = .34$ ).

Plusieurs écrits se sont plus précisément intéressés au consensus entre informateurs sur les différents sous-syndromes d'un TDAH. Ainsi, Mitsis et ses collègues (2000) ont obtenu, dans un échantillon constitué de 74 enfants de 7-11 ans diagnostiqués avec un TDAH, des consensus entre informateurs de 0,30 sur le type inattention, de 0,39 sur le type hyperactivité/ impulsivité et de 0,42 sur le type combiné. Plus récemment une étude anglaise (Murray-Close, Ostrov et Crick, 2007) a confirmé les tendances de ces résultats en obtenant avec l'échelle de Rutter des corrélations significatives de 0,24 sur le type inattention et de 0,26 sur le type hyperactivité. En revanche, les résultats de Wolraich, Lambert, Bickman, Simmons, Doffing et Worley (2004) ne viennent pas en appui à ces observations puisque l'accord, mesuré avec les versions parents et enseignants du *DISC* dans un échantillon de 243 élèves du primaire dont 40 % d'entre eux manifestent un TDAH, est moindre pour le type hyperactif ( $r = .27$ ) que pour le type inattention ( $r = .34$ ).

Concernant les conduites agressives caractéristiques d'un TC, elles regroupent deux dimensions distinctes : l'agressivité directe (se battre, menacer ou intimider les autres, détruire des objets...) ou indirecte qui regroupent les comportements visant à briser une règle (voler, allumer des feux ou s'absenter de l'école...). Le caractère plus ou moins discret de ces conduites agressives a-t-il des répercussions sur l'évaluation ? Seule une étude américaine (Ollendick, Jarret, Wolff et Scarpa, 2009) comparant les réponses à l'*ASEBA* de 87 participants pose que l'accord entre les parents et les enseignants est de 0,32 à la sous-échelle de comportements agressifs alors qu'il est de 0,38 à la sous-échelle de comportements délinquants. Bien que les coefficients de corrélation soient modestes, ces résultats significatifs montrent étonnamment que la nature

directe des comportements agressifs n'influe pas sur le consensus entre-informateurs.

Même s'il y a une meilleure entente entre les parents et le personnel enseignant sur les troubles extériorisés que sur les troubles intériorisés, en ce qui concerne les troubles perturbateurs (TDAH, TC, TOP), la diversité des résultats des études ne permet pas d'énoncer des conclusions générales sur le fait que certains symptômes susciteraient un meilleur accord inter-informateurs que d'autres. De plus, les données quant aux sous-types d'un TDAH ou d'un TC sont rares.

### *2.1.2 Accord et sévérité des troubles de comportement*

Une des particularités des troubles de comportement perturbateurs est qu'ils surviennent en cooccurrence (Biederman, 2005 ; Maugham *et al.* 2004). Par conséquent, cette comorbidité des troubles pourrait partiellement augmenter la prévalence du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP et de ce fait être reliée à l'entente entre les parents et les enseignants. Sur ce plan, Gadow et Nolan (2002) se sont intéressés au consensus inter-informateurs selon que les enfants présentent uniquement les symptômes d'un TDAH, d'un TOP ou qu'ils montrent ces troubles cumulés. Les résultats posent que, significativement, dans le groupe où les élèves ont des problèmes concomitants, l'entente entre les parents et les enseignants est forte ( $r = .64$ ), tandis que pour les enfants qui ne manifestent qu'un seul trouble, les corrélations entre informateurs sont faibles ( $r = .09$  pour un TOP et  $r = .36$  pour un TDAH). Toutefois en l'absence d'autres études, il est impossible de conclure que la sévérité des symptômes de chacun des troubles pourrait réduire les écarts de perception entre informateurs.

## 2.2 Autres caractéristiques de l'enfant et accord/désaccord des évaluateurs

Dans la majorité des études portant sur les liens entre les évaluations des parents et des enseignants et les caractéristiques de l'enfant (autres que comportementales) ce sont les variables : sexe, âge, ethnie de l'enfant ainsi que les caractéristiques familiales qui sont considérées. Leurs résultats sont rapportés ci-dessous.

### 2.2.1 Accord et genres

Quel que soit l'outil de mesure utilisé ou l'informateur, les garçons présentent généralement plus de symptômes de comportements extériorisés, de type agression-irritabilité, inattention que les filles, qui, elles sont davantage évaluées avec des troubles intériorisés (Achenbach *et al.*, 1987 ; Moffitt, Arseneault, Jaffe, Kim-Cohen, Koenen, Odgers, 2008 ; Nock, Kazdin, Hiripi et Kessler, 2006). Pour autant, est-il possible de déduire que la présence d'un accord entre parents et enseignants quant à la reconnaissance d'un trouble est plus forte pour les garçons que pour les filles ? Les résultats des études empiriques sont plutôt contradictoires.

En effet, pour certains (Rutter, Caspi et Moffitt, 2003), les parents et le personnel enseignant s'entendent davantage sur les symptômes des garçons que sur ceux des filles. Pour d'autres (Cai *et al.*, 2004b ; Van Der Ende et Verhulst, 2005) le consensus entre les parents et les enseignants quant aux comportements de l'enfant au niveau des 82 items communs du *CBCL* et *TRF* n'est pas associé au sexe de l'enfant. A titre d'exemple, dans leur étude menée auprès de 1122 adolescents allemands, Van Der Ende et Verhulst (2005) obtiennent des corrélations significatives entre le *CBCL* et le *TRF*, soit les versions parents et enseignants de l'Achenbach pour les échelles de problèmes extériorisés, de 0,38 pour les garçons et de 0,41 pour les filles.



En dépit de l'attention apportée pour examiner les relations entre le sexe des enfants et l'accord entre informateurs, le mélange de ces résultats ne permet pas d'arriver à une conclusion sur ce lien.

### 2.2.2 *Accord et âge de l'enfant*

L'expression des troubles varie aux différentes périodes du développement de l'enfant. Ainsi des différences quant à la reconnaissance des troubles de comportement s'observent selon l'âge des élèves (Cai *et al.*, 2004b ; Lahey, Schwab-Stone, Goodman, Waldman, Canino *et al.*, 2000 ; Van der Ende et Verhulst, 2005).

Plus spécifiquement dans le cadre de leur méta-analyse, Achenbach et ses collègues (1987) ont trouvé un niveau d'accord global plus élevé entre les parents et les enseignants pour les enfants âgés de 6 à 11 ans que pour les adolescents de 12 à 16 ans. La présence d'un désaccord entre informateurs évaluée sur les troubles extériorisés à partir du *CBCL* et du *TRF* est significativement plus fréquente chez les jeunes enfants ( $r = .25$  pour les 4 à 5 ans) que chez leurs aînés ( $r = .35$  pour les 6 à 12 ans). Ces données ont depuis été confirmées plus récemment dans d'autres études (Cai *et al.*, 2004b ; Grietens *et al.*, 2004 ; Van Der Ende et Verhulst, 2005).

Visiblement, les parents s'entendent mieux avec le personnel enseignant sur les comportements extériorisés des élèves de 6 à 12 ans alors qu'ils sont davantage en désaccord sur les difficultés des élèves plus jeunes ou sur celles des adolescents.

### 2.2.3 *Accord et groupes ethniques ou communautaires*

Plusieurs recherches (Heubeck, 2000 ; Stevens, Pels, Bengi-Arslan, Verhulst, Vollebergh et Crijnen, 2003) suggèrent que les écarts de perception entre les parents et les enseignants sont liés à l'appartenance culturelle. Par conséquent, deux informateurs issus de cultures distinctes auraient des normes et des seuils de tolérance différents et devraient évaluer de façon divergente les

difficultés de l'enfant ainsi que son fonctionnement social. A ce titre, les résultats de Stevens *et al.* (2003) posent que pour les enfants issus des minorités (immigrants marocains et turcs vivant aux Pays-Bas), le désaccord entre parents et enseignants est légèrement plus important. Ces constats corroborent ceux de Youngstrom, Loeber et Stouthamer-Loeber (2000) établissant avec le *CBCL* et le *TRF* de plus grands écarts de perception entre les parents et les enseignants sur l'évaluation des troubles extériorisés de jeunes afro-américains de 12 à 16 ans que sur celle de jeunes américains du même âge de type européen.

En revanche, Wolraich et ses collègues (2004) considèrent que l'appartenance à une communauté, le groupe ethnique ne sont pas associés à l'entente entre informateurs. De même, les résultats de l'étude menée en Norvège auprès de 191 enfants par Javo et ses collègues (Javo, Roning, Handegard et Rudmin, 2009) amènent des corrélations quasi similaires entre les évaluations des parents et celles des enseignants sur l'échelle d'Achenbach troubles du comportement pour les deux groupes (population indigène versus norvégienne).

Par ailleurs, la présence d'un accord ou d'un désaccord entre informateurs est relativement stable d'un groupe ethnique à l'autre (Achenbach et Rescorla, 2007). Déjà, Weine et ses collègues (Weine, Phillips et Achenbach, 1995) avaient suggéré qu'en Chine et aux Etats-Unis, le consensus inter-informateurs était quasi similaire, soit respectivement des corrélations de .36 et .29 aux échelles globales d'Achenbach des troubles extériorisés. Ces auteurs observaient néanmoins que l'accord entre les parents et les enseignants sur les troubles de 500 enfants chinois de 6 à 13 ans était significativement plus fort que celui des parents et des enseignants sur les comportements de 998 enfants américains du même âge et de même sexe, en ce qui concerne les symptômes de comportements délinquants ( $r = .56$  versus  $r = .40$ ) et les problèmes d'attention ( $r = .47$  versus  $r = .37$ ). Pour les autres sous-échelles,

problèmes sociaux et comportements agressifs, les corrélations entre informateurs n'étaient pas significatives.

Les études portant sur les liens entre les caractéristiques ethniques et l'accord entre informateurs arrivent plutôt à des résultats contradictoires. Toutefois, dans toutes les communautés la présence d'un consensus entre les parents et les enseignants sur les troubles de comportement des élèves reste similaire.

#### *2.2.4 Synthèse des études sur les caractéristiques de l'enfant*

Les données issues de ces nombreux travaux empiriques fournissent une image plus précise des caractéristiques associées ou non aux écarts de perception entre les parents et les enseignants sur les troubles de comportement perturbateurs de l'enfant. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur les liens de certaines caractéristiques comme le sexe de l'enfant ou son appartenance ethnique, d'autres caractéristiques ont été identifiées comme pouvant être liées à l'accord entre informateurs. Les résultats de ces études sont les suivants :

- les troubles de comportement de type extériorisé tendent à favoriser davantage l'entente entre les parents et le personnel enseignants que les troubles de comportement de type intériorisé.
- les élèves d'âge scolaire primaire (de 6 à 12 ans) suscitent un meilleur accord entre les parents et les enseignants sur la reconnaissance des troubles que les enfants plus jeunes ou les adolescents.
- la sévérité des difficultés manifestées par l'enfant semble être associée à un consensus plus élevé entre informateurs.

Toutefois ces travaux ne nous disent rien des liens des caractéristiques scolaires sur le consensus inter-informateurs. En outre, une majorité des auteurs a utilisé les échelles d'Achenbach.



## 2.3 Les caractéristiques des informateurs

### 2.3.1 Accord et caractéristiques familiales

Plusieurs écrits ont souligné un lien entre la prévalence des troubles de comportement de l'enfant et les conditions familiales difficiles (Biederman, Faraone, et Monuteaux, 2002 ; Latimer, August, Newcomb, Realmuto, Hektner, Mathy, 2003 ; Rydell, 2010) puisque pour comprendre les causes d'un trouble, il est nécessaire de le placer dans un contexte social et culturel. En effet, selon Patterson et ses collègues (Patterson, Reid et Dishion, 1992), l'apparition des comportements perturbateurs, l'augmentation de leur nombre et leur maintien constituent un processus enclenché par la combinaison des facteurs suivants : un enfant dur, des habiletés parentales faibles ou des parents dépassés par des circonstances extérieures difficiles (chômage, séparation, conflits conjugaux, alcoolisme ou dépression). Il est permis de croire que cette association entre des conditions familiales difficiles et une augmentation des troubles perturbateurs de l'enfant modifierait l'évaluation des parents et du personnel enseignant et par voie de conséquence ajouterait à la probabilité d'un consensus entre informateurs.

Pour savoir si les désavantages économiques généraient plus d'accord entre informateurs que l'appartenance à un milieu favorisé, les variables le plus souvent identifiées dans la littérature concernent la situation socioéconomique et le milieu de vie (urbain versus rural). En général, les parents et les enseignants ou enseignantes semblent reconnaître que les enfants issus d'un milieu urbain et/ou défavorisé ont plus de comportements agressifs et délinquants que ceux des milieux ruraux (Ladd, Buhs et Troop, 2002 ; Youngstrom *et al.*, 2000). Cependant, selon Collishaw et ses collègues (Collishaw, Goodman, Ford, Rabe Hesketh et Pickles, 2009) l'effet statistique de la relation entre le lieu de vie et le consensus entre informateurs reste faible.

La présence d'une entente entre informateurs sur les comportements perturbateurs des élèves a rarement été associée à l'activité professionnelle et

au niveau d'éducation du parent. Seuls Gagnon et ses collègues (1992) ont observé, sur un échantillon préscolaire, un consensus entre informateurs significativement plus élevé lorsque les parents ont un travail prestigieux plutôt qu'un poste moins prestigieux ( $r = .44$  versus  $r = .29$ ). Pour ces auteurs, les parents possédant moins de connaissances ou d'expériences auraient plus de mal à discriminer les problèmes de comportement de leur enfant et tendraient davantage à s'écarter des évaluations des enseignants ou des enseignantes, ce qui augmenterait le désaccord.

En somme, les caractéristiques étudiées prennent en compte les dysfonctionnements familiaux, le niveau de scolarité du parent et le milieu socioéconomique. Le consensus entre les informateurs sur les troubles de comportement de l'enfant serait lié à des conditions familiales difficiles et au niveau d'éducation des parents mais pas au lieu de vie de l'enfant. Cependant certaines variables notamment celles concernant le statut marital et mesurant les changements de maisonnée, d'école ou encore les déménagements ne sont pas prises en compte bien que l'instabilité puisse jouer un rôle important dans l'adaptation des enfants et le désaccord (De Los Reyes et Kazdin, 2005).

### *2.3.2 Accord et santé mentale des parents*

Un grand nombre de chercheurs a examiné les possibles contributions entre les caractéristiques parentales, notamment la présence d'une psychopathologie et l'entente mutuelle des informateurs sur un trouble chez l'élève. Particulièrement, ils se sont focalisés sur la détresse psychologique des parents, surtout la dépression parentale (Chi et Hinshaw, 2002 ; Querido, Eyberg et Boggs, 2001 ; Yougstrom *et al.*, 2000). Il est admis qu'une psychopathologie amène une distorsion dans l'évaluation, cependant la direction de ce biais ne fait pas l'unanimité. En effet, certains parents ayant un problème de santé mentale rapportent plus d'événements et de comportements négatifs d'hostilité chez leur enfant (Najman, Williams, Nickles, Spence, Bor et O'Callaghan, 2000), ce qui pourrait les éloigner des évaluations des enseignants ou des enseignantes et augmenter le désaccord entre informateurs.



A titre d'exemple, les résultats de Querido et ses collègues (2001) établissent que le parent dépressif tend à rapporter de 1,7 % à 16 % plus de comportements négatifs d'hostilité que les autres parents. A contrario, une étude emmenée par Youngstrom *et al.* (2000) démontre l'association entre la dépression parentale et une augmentation du consensus entre informateurs sur l'échelle des problèmes extériorisés d'Achenbach.

Comme pour la dépression, il y a un lien positif entre l'anxiété ou le stress des parents et la présence d'un désaccord entre informateurs quant à la reconnaissance d'un trouble de comportement (Krain et Kendall, 2000 ; Najman, *et al.*, 2000). Toutefois, Grills et Ollendick (2003) observent des liens modérés mais significatifs entre une entente entre informateurs sur les difficultés comportementales rapportées chez les enfants et les désordres anxieux ( $r = .22$ ) et dépressifs ( $r = .37$ ) des parents. Leurs constats rejoignent ceux de Hawley et Weisz (2003) et de Treutler et Epkins (2003).

En somme, le fonctionnement psychologique d'un individu et/ou son état mental biaiserait l'évaluation des troubles de l'enfant et modèleraient la présence d'un accord entre les parents et le personnel enseignant, mais les données sont parfois contradictoires.

### 2.3.3 *Accord et vécu des enseignants*

Les attitudes des enseignants et des enseignantes, leurs croyances à propos de leurs habiletés ou leurs expériences à gérer les comportements des enfants seraient-elles également associées aux écarts entre leurs évaluations et celles des parents ? Peu d'études sont disponibles sur le sujet. Stevens et ses collègues (Stevens, Quittner et Abikoff, 1998) ont montré que la connaissance de la problématique et l'expérience professionnelle des enseignants ou des enseignantes avec des enfants présentant un TDAH n'ont aucun effet sur leurs évaluations et donc ne sont pas significativement associées à un niveau de désaccord plus élevé entre informateurs. Une autre recherche (Gross *et al.*, 2004) confirme ces résultats. Bien qu'étudiant des jeunes enfants, ces auteurs



ont établi l'absence de lien entre les caractéristiques des enseignants et le consensus entre informateurs sur les troubles de comportement extériorisés des élèves évalués avec les échelles d'Achenbach.

Au regard de ces travaux, les différentes expériences des informateurs ne semblent pas associées aux écarts de perception avec les parents sur le fonctionnement de l'enfant.

#### *2.3.4 Synthèse des études sur les caractéristiques des informateurs*

Les données empiriques sont abondantes sur les pratiques parentales, les dysfonctionnements familiaux, l'environnement familial organisé ou conflictuel, le niveau de scolarité du parent et le milieu socioéconomique liés à la présence d'un accord ou d'un désaccord entre informateurs sur les troubles perturbateurs des élèves. Le consensus entre les informateurs serait lié à des conditions familiales difficiles et au niveau d'éducation des parents mais pas au lieu de vie de l'enfant. En revanche, il n'y a pas d'études sur certaines variables mesurant les changements de maisonnée, d'école et les déménagements.

Les résultats sont parfois contradictoires quant à l'association entre le fonctionnement psychologique d'un individu et/ou son état mental et la présence d'un accord entre les parents et les enseignants.

Cependant le rôle spécifique des caractéristiques personnelles de l'enseignant : son âge, son expérience, sa formation sur l'entente mutuelle quant aux troubles de comportement de l'enfant n'est pas indiqué dans la littérature.

En outre, la majorité des recherches se limite à évaluer la présence des caractéristiques de l'enfant, du parent et de l'environnement de façon unique mais ne considère pas la présence simultanée de celles-ci.

## **2.4 Les liens entre l'entente parents-enseignants, les services et l'évolution des troubles de comportement chez l'enfant**

Le trouble de l'opposition et le trouble des conduites sont parmi les troubles les plus stables dans le temps (Fergusson *et al.*, 2005, Lahey *et al.*, 2005). Par conséquent, des efforts sont consentis actuellement pour l'identification des élèves manifestant des troubles de comportement perturbateurs et leur orientation vers des programmes de prévention. L'évaluation repose sur l'information d'au moins deux adultes qui observent le même enfant dans des milieux de vie différents comme à l'école et à la maison (Achenbach, 2006 ; APA, 2000). Seulement, ce recueil d'informations soulève le problème du désaccord entre répondants (Achenbach *et al.*, 1987 ; De Los Reyes et Kazdin, 2005 ; Renk et Phares, 2004). Quelles sont alors les conséquences pour l'élève de ces divergences de points de vue entre son parent et son enseignant sur les services et sur l'évolution des troubles ? Avant d'exposer les résultats d'études en réponse à cette question, nous situerons brièvement dans une première partie, les diverses stratégies d'intervention dont peuvent bénéficier les élèves manifestant des troubles de comportement. Puis, une seconde partie cherchera à comprendre si la présence d'un consensus entre les parents et les enseignants modifie les services. Enfin, une troisième partie s'attachera à retracer les études traitant de l'influence du consensus inter-informateurs sur l'évolution des troubles du comportement des enfants.

### *2.4.1 Troubles de comportement et principaux types d'intervention*

Plusieurs études longitudinales ont mis en évidence que, sans service spécialisé, les troubles de comportement perturbateurs tendent à persister et à compliquer l'adaptation sociale et scolaire des enfants (Brame *et al.*, 2001 ; Broidy *et al.*, 2003 ; Fergusson *et al.*, 2005 ; McMahon et Frick, 2005 ; Moffitt *et al.*, 2002). A contrario, la participation des enfants, dès la maternelle, à des interventions de promotion des compétences sociales a des effets positifs à court, moyen et long termes, tant sur le plan de la réussite scolaire qu'au niveau personnel (Eyberg, Nelson et Boggs, 2008 ; Webster-Stratton, Reid et

Hammond, 2004 ; Weikart 2002). Plus précisément, la méta-analyse conduite par Wilson et Lipsey (2007) pour 58 études expérimentales sur les effets des interventions auprès des élèves manifestant un TC ou un TOP, amène que les services sont significativement associés à une diminution des comportements agressifs et dérangeants des enfants. Comme avec des aides adéquates les élèves peuvent surmonter leurs difficultés, une large proportion d'entre eux reçoivent des services scolaires complémentaires (Déry *et al.*, 2004 ; Mattison *et al.*, 2002 ; Place *et al.*, 2000).

Le Québec, tout comme les Etats-Unis, a vu naître un grand nombre de programmes préventifs visant le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité (Fonagy et Kurtz, 2002 ; Nock, 2003). L'objectif de ces interventions primaires est de réduire la probabilité que les élèves adoptent des comportements perturbateurs d'opposition ou de violence et d'éviter qu'ils ne s'insèrent dans une trajectoire développementale d'inadaptation. Des programmes d'interventions secondaires sont aussi proposés de manière individuelle ou collective afin de répondre aux besoins spécifiques des élèves. Outre le contexte dans lequel elles s'inscrivent, ces aides se distinguent notamment par leurs fondements théoriques ou leurs orientations idéologiques, leurs objectifs, leurs contenus, leurs méthodes, la nature de leurs activités, l'âge des enfants et la cible d'intervention choisie. Elles offrent un large éventail de services néanmoins au regard de leur diversité, il serait trop long de toutes les citer ici. Nous allons faire référence aux pratiques les plus classiques utilisées à l'école pour venir en aide à ces enfants manifestant des troubles de comportement perturbateurs.

#### *Interventions cognitivo-comportementales centrées sur l'enfant*

Les politiques publiques proposent une première ligne d'interventions centrées sur les enfants qui se greffent aux actions mises en place par les écoles pour prévenir l'escalade des problèmes chez des élèves déjà impliqués dans des comportements violents, agressifs, d'impulsivité et d'inattention. Elles permettent la présence de spécialistes dans la classe et/ou simultanément le



transit de l'élève par le bureau du psychoéducateur, du psychologue ou encore l'intégration plus ou moins durable dans une classe spéciale (Larose, Ratté, Terisse et Seguin, 2003) ou un des centres sociaux ou de santé. Ces aides individuelles ou de groupes peuvent être de type comportementales ou cognitivo-comportementales (Pearson, Lipton, Cleland, et Yee, 2002 ; Wilson, Bouffard et MacKenzie, 2005). Les interventions comportementales visent à apprendre à l'élève une nouvelle façon de se comporter en l'entraînant par les renforçateurs dans certains comportements et en l'amenant à en éviter d'autres par les techniques punitives (Webster-Stratton et Reid, 2003). Privilégiant une approche par les jeux de rôle, les méthodes cognitivo-comportementales aident l'individu à prendre conscience de ses processus de pensée, à remettre en cause la façon dont il perçoit le monde et se perçoit lui-même. Ces services spécialisés passent par des programmes d'entraînement aux habiletés sociales de base (par exemple : écouter, dire merci) ou avancées (comme se joindre à un groupe, demander de l'aide) ; l'apprentissage d'habiletés permettant d'identifier et de composer avec ses émotions, de mieux gérer son stress (Dumont et Potvin, 2006), ou d'améliorer son estime (Maltais, Herry et Bessette, 2006) ; l'acquisition de solutions de rechange à l'agression des élèves (Bowen *et al.*, 2006) et/ou de la résolution des conflits interpersonnels (Gendron *et al.*, 2003) ; le travail sur divers thèmes tels que l'entraide, la responsabilité (Lanaris, 2006), l'empathie pour mieux comprendre les sentiments d'autrui (Desbeins et Demers, 2006), le raisonnement moral à partir de la méthode de la discussion en groupe de dilemmes moraux (Chudzik, 2001 ; Dionne et Saint Martin, 2006). En complément, des techniques de renforcement sont prévues ; elles entraînent des points de pénalité pour l'élève et son équipe dès qu'ils produisent les comportements proscrits et des récompenses s'ils évitent les comportements perturbateurs (Lamboy, 2005).

Faciles à appliquer ces techniques cognitivo-comportementales sont utilisées avec succès car elles permettent des changements rapides dans le comportement et le développement des habiletés sociales (Pearson *et al.*, 2002 ; Royer, Morand, Desbiens, Moisan et Bitauneau, 2000 ; Wilson *et al.*,

2005). Une méta-analyse conduite par Landenberger et Lipsey (2005) sur 58 études fait ressortir qu'un an après le début des interventions, il y avait en moyenne une diminution de 20 % à 30 % des comportements délinquants des jeunes pris en charge par rapport à ceux du groupe contrôle ne bénéficiant pas de ces prises en charge. L'intensité et la durée de ces programmes cognitivo-comportementaux diffèrent. L'intensité varie entre deux demi-journées et cinq jours par semaine. Quant à la durée, elle s'étend sur quatre à douze semaines (Barlow et Parsons, 2003).

### *Les classes spéciales*

De multiples facteurs sont à l'origine des troubles de comportement, parmi lesquelles les variables familiales et les pratiques parentales (Dadds et Roth, 2001 ; Hinshaw, 2002 ; Lahey et Waldman, 2003). S'intéressant à la qualité de la relation de l'enfant à ses parents à travers une enquête longitudinale nationale, Chao et Williams (2002) indiquent que le manque de réciprocité, de surveillance, de disponibilité et de chaleur, la présence d'hostilité sont autant de facteurs qui se répercutent sur la sécurité de l'attachement et sont liés à l'apparition des comportements agressifs et dérangeants des élèves. Pour élargir l'éventail des possibilités d'action, les intervenants peuvent offrir un lien d'attachement de qualité à certains enfants qui à la suite de l'effritement de leur milieu de vie et de la fragmentation des soins et du support qu'ils ont reçus, n'ont pas pu expérimenter la séquence développementale qui leur aurait permis de développer une relation d'attachement sécurisante. C'est l'objectif des classes « Kangourou » (Couture et Lapalme, 2007).

### *Interventions centrées sur les parents*

Les études conduites cette dernière décennie ont démontré que les parents sont responsables du développement de l'enfant. Ils deviennent alors une seconde cible pour les services d'autant que les changements qui s'opéreront chez les parents susciteront des changements chez leurs enfants qui à leur tour entraîneront de nouveaux comportements chez les parents



(Beauchaine, Webster-Stratton et Reid, 2005 ; Gardner, Burton et Klimes, 2006 ; Scott, 2005 ; Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegard et Mørch, 2009). Puisque rien n'est plus central dans la détermination des comportements des parents que leur croyance, leur sentiment d'auto-efficacité, l'objectif du *Parent Management Training* (Kazdin, 1997) est de travailler avec eux sur leurs habiletés, en leur permettant de mieux gérer l'éducation de leur enfant à travers une structure familiale plus stable et surtout en leur apprenant à changer leurs pratiques parentales. Par certaines techniques, comme l'allégorie thérapeutique (métaphore ou reformulation imagée), le recadrage (reformulation du problème dans un cadre plus large pour amener une perception différente de la situation), les parents observent et enregistrent les comportements de l'enfant, modifient les perceptions négatives qu'ils ont des comportements de leur enfant, élaborent des méthodes plus efficaces de gestion, d'encadrement et de négociation dans les conflits (Webster-Stratton et Reid, 2003), améliorent la qualité des interrelations (Eyberg, Funderbuck, Hembree-Kigin, Mc Neil, Querido et Hood, 2001). Aux états-unis, les travaux de Beauchaine et al. (2005) montrent que la participation des pères et mères à des groupes de parole améliore les effets des interventions. Le fait de briser l'isolement, d'augmenter le soutien des parents donne plus de cohérence et de cohésion aux services et cela se répercute à travers des changements positifs sur les comportements de l'enfant.

#### *Interventions centrées sur le personnel enseignant*

Dans la mesure où les problèmes de comportement renverraient à l'incapacité de l'enfant à fonctionner de manière « normale » dans le cadre des règles fixées par l'institution (Massé, Desbiens et Lanaris, 2006) un troisième axe d'intervention se centre sur l'environnement scolaire. L'objectif est de renforcer chez l'enseignant ou l'enseignante les pratiques facilitant les apprentissages, le développement affectif et l'adaptation sociale des élèves (Porter, 2000). Dans ce contexte, l'intervention se définit par tous les gestes posés par l'enseignant dans sa classe dans le but de modifier une interaction, de régler un problème ou d'influencer le déroulement d'une situation, d'améliorer



ce lieu de vie (Reid, Webster-Stratton et Hammond, 2003). Aussi, chaque enseignant est encouragé à se poser des questions sur la façon dont il exerce son autorité, communique les attentes, fait appliquer les règles de conduite et organise la vie de sa classe pour servir l'acquisition directe et indirecte des compétences sociales des élèves. Parmi les autres choses à faire, l'enseignant peut discuter avec les élèves de son implication dans la classe, travailler sur la connaissance et la compréhension que les élèves ont du contexte dans lequel ils se trouvent et les aider à établir un réseau d'aide par les pairs. Il semble également fondamental de réduire les tensions que vivent les enseignants de façon à les amener à être plus efficaces lorsqu'ils présentent les règles d'un code de vie et communiquent les explications sur les conséquences d'un manquement (Trudeau, Desrochers et Tousignant, 1997). Les enseignants et enseignantes sont invités à briser les cercles vicieux des actions de l'élève et de leurs propres réactions en utilisant de nombreuses techniques comme l'ignorance intentionnelle, l'humour, la confrontation, l'appel direct et le retrait (Renou, 2005) afin de permettre aux élèves d'assumer la responsabilité de leurs actes et progressivement de les amener vers l'autonomie. Wilson et Lipsey (2007) rapportent que ce type d'action préventive conduite auprès du personnel enseignant amène une réduction significative des comportements agressifs et dérangeants des élèves.

### *Interventions multisystémiques*

Considérant les facteurs de risque associés aux troubles de comportement perturbateurs et la cooccurrence des troubles, les prises en charge, ciblant des aspects très précis et offertes dans un seul milieu, échouent souvent dans leurs efforts (Déry *et al.*, 2005). En revanche, l'association des différentes cibles soit l'enfant, la famille, l'enseignant, la classe et la communauté augmente les effets des aides spécialisées (Borduin, Schaeffer et Ronis, 2003 ; Curtis *et al.*, 2004 ; Epstein, 2001 ; Meirieu, 2000) et offre l'avantage de favoriser la généralisation des apprentissages dans les différents environnements où évoluent les élèves. Par conséquent, les interventions s'effectuent quatrièmement selon une perspective multisystémique. Cette

approche basée sur un modèle socio écologique traite l'enfant en se rapportant aux risques individuels (faiblesse au plan des habiletés verbales, distorsions cognitives...) et met l'accent sur l'influence exercée par la famille (discipline inefficace, interactions conflictuelles et peu chaleureuses, problèmes de santé mentale des parents...), les pairs (appartenance à un réseau de pairs déviants), l'école (décrochage scolaire) et le voisinage (faible support de la communauté, forte mobilité des résidents). Le programme *Fluppy* du Centre de psychoéducation du Québec (Poulin, Capuano, Vitaro et Verlaan, 2006) implanté dans plusieurs écoles du Québec en est une illustration. L'objectif d'associer au volet enfant une action auprès des parents et des enseignants est de diminuer les comportements problématiques des enfants en travaillant sur les facteurs qui contribuent à leur maintien et en déterminant les forces et les ressources de chacun. Ce programme améliore les pratiques éducatives des parents, amène des résultats positifs sur la relation parent-enfant ou encore la collaboration des familles avec l'école (Nock, 2003 ; Verlaan, Déry, Beauregard, Charbonneau et Pauzé, 2006). La communauté scientifique a démontré que les programmes multisystémiques émergent comme étant les moyens d'action les plus efficaces, à court et à long terme, pour prévenir ou contrer les troubles du comportement (Curtis *et al.*, 2004 ; Gagnon et Vitaro, 2000 ; Reid *et al.*, 2003 ; Webster-Stratton *et al.*, 2004) et réduire les comportements violents et criminels à l'adolescence (Schaeffer et Borduin, 2005). L'intensité de ces programmes est variable car elle dépend de la disponibilité des intervenants et des parents de même que du financement du programme. Globalement l'intensité des visites à domicile varie de deux demi-journées par semaine à une demi-journée par mois mais il n'existe aucune démonstration scientifique du nombre idéal de services à offrir. De plus, la prise en compte des caractéristiques de l'élève et de ses interactions avec les composantes des systèmes sociaux où il évolue nécessite de la part des intervenants qu'ils se concertent et s'assurent de la complémentarité de leurs services. La communication entre les partenaires d'éducation et la coordination des services qu'ils offrent à l'élève seront donc essentielles à la réussite de ces interventions.



#### 2.4.2 *Consensus inter-informateurs et services*

Comme nous venons de le mentionner précédemment, l'intervention la plus souhaitable consiste à mobiliser conjointement les divers milieux de vie de l'enfant, en évitant ainsi le piège des apprentissages décontextualisés, peu favorables à l'adaptation. Les parents jouent un rôle important dans la plupart des programmes implantés à l'école (Verlaan *et al.*, 2006) et deviennent des partenaires de plus en plus actifs au sein de l'école ; bien que la mise en œuvre de leur présence à l'école ne soit pas aisée tant les composantes de cette relation école-famille sont multiples (Deslandes et Bertrand, 2005 ; Fantuzzo, Tighe et Childs, 2000 ; Kohl, Lengua et McMahon, 2000). Les travaux empiriques ont maintes fois fait la démonstration des liens positifs entre certains modes de participation parentale (comme par exemple un soutien affectif de leur enfant sous forme d'encouragements ou de compliments, une aide dans les devoirs, des échanges avec l'école, etc.) et les apprentissages ou les comportements appropriés en classe (Normandeau et Nadon, 2000), le développement d'interaction positive avec les pairs et l'adaptation psychosociale de l'enfant (Deslandes, 2001 ; Deslandes et Jacques, 2004 ; Henderson et Mapp, 2002 ; Jordan, Orozco et Averett, 2001). Plus spécifiquement, Bérubé, Poulin et Fortin (2007) ont trouvé un lien de causalité entre l'engagement parental et les troubles de comportement de 59 élèves du primaire. Leurs résultats révèlent que lorsque les parents se portaient bénévoles à l'école, qu'ils aidaient les enfants dans leur travail scolaire et que les communications entre l'école et la famille étaient plus fréquentes, cela permettait de prévenir une aggravation des troubles de comportement de l'enfant.

Il est désormais reconnu que l'adaptation sociale des élèves est meilleure quand ils bénéficient d'un programme d'intervention précoce (Domina, 2005 ; Larsson *et al.*, 2009) et que l'intervention est dite systémique (Gendron *et al.*, 2003 ; Fossum, Handegard, Martinussem et Morch, 2008 ; Royer *et al.*, 2000). Les déterminants de l'environnement (pauvreté, chômage,



isolement social, dépression parentale...) sont susceptibles, comme l'a montré le modèle bioécologique (Bronfenbrenner, 2006), de compliquer les interactions de l'enfant à son environnement, d'appauvrir ses expériences et de constituer des facteurs de risques à une trajectoire d'inadaptation. Sameroff (2009) a théorisé l'existence de réactions en chaîne dans lesquelles les comportements difficiles de l'enfant amènent des réactions négatives des adultes qui à leur tour favorisent le développement des troubles. Par conséquent selon ces perspectives, on pourrait être tenté d'attribuer le succès ou l'échec de l'adaptation aux personnes avec qui l'enfant interagit directement, c'est-à-dire principalement les parents et les enseignants ou enseignantes ou encore à l'interaction des milieux, familial et scolaire.

Pour réduire l'escalade des problèmes chez un élève, les effets des interventions combinées étant plus forts que ceux des activités disparates (Normand, Vitaro et Charlebois, 2000 ; Deslandes 2001; Webster-Stratton *et al.*, 2004), les parents se voient offrir des occasions de contacts avec le personnel enseignant (Gouvernement du Québec, 2007). Cependant, les conditions de mise en œuvre du dialogue ne sont pas toujours satisfaisantes car les parents ne perçoivent pas toujours la nécessité des échanges, faute de repérer les difficultés et les besoins de leur enfant (Webster-Statton et Reid, 2003). En effet, compte tenu de la variabilité des comportements de l'enfant dans ses lieux de vie (De Los Reyes et Kazdin, 2005 ; Kraemer *et al.*, 2003), les enfants peuvent ne pas montrer le même niveau de comportements perturbateurs à la maison et à l'école (De Nijs, Ferdinand, de Bruin et Verhulst, 2004). Ce phénomène de désaccord entre informateurs, identifié précédemment, pourrait être lié à l'accès aux dispositifs d'aide. Jusqu'à présent aucune étude ne permet de décrire une association entre le consensus inter-informateurs sur les troubles et la fréquence des services reçus par l'élève manifestant des troubles de comportement perturbateurs.

#### 2.4.3 *Consensus inter-informateurs et évolution des difficultés comportementales des enfants*

Les enfants avec des troubles de comportement perturbateurs qui ne bénéficient pas de services s'engagent dans des trajectoires de développement à risque de délinquance, de décrochage scolaire, d'abus d'alcool et de drogue (Burke *et al.*, 2002b ; Broidy *et al.*, 2003 ; Campbell, 2002, Fortin *et al.*, 2005 ; Moffitt *et al.*, 2002). L'intervention qu'elle soit primaire ou secondaire est donc primordiale. Cependant, malgré les effets positifs des programmes de prévention conduits en population générale et des services d'aide spécialisés menés auprès des élèves ayant des troubles du comportement, il n'en demeure pas moins qu'une proportion de ces élèves continue à manifester certains symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP au fil des années (Lahey *et al.*, 2005 ; Messer *et al.*, 2006).

Pour mieux comprendre ces pronostics plutôt défavorables, les auteurs (Burke *et al.*, 2002b, Drabick *et al.*, 2007) se sont intéressés à certaines caractéristiques de l'enfant (âge, sexe et ethnie), aux fonctionnements familiaux, ou aux interactions entre les milieux, (école, famille et communauté urbaine) susceptibles de contribuer au maintien des troubles dans le temps. Les études amènent des réponses sur les variables qui affecteraient la participation des enfants aux interventions et de ce fait diminueraient les risques de suivre une trajectoire développementale menant à l'inadaptation (Domina, 2005 ; Larsson *et al.* 2009 ; Webster-Stratton *et al.*, 2004).

Il a également semblé incontournable aux chercheurs d'interroger l'influence du diagnostic initial sur le maintien des comportements perturbateurs dans le temps. Ainsi, Kolko et Pardini (2010) ont indiqué que les symptômes d'un TC quel que soit l'informateur ou le lieu des évaluations est le meilleur prédicteur des problèmes psychosociaux. Pour d'autres auteurs (King, Waschbusch, Frankland, Andrade, Thurston et McNutt, 2005 ; Maughan *et al.*, 2004 ; Waschbusch, 2002), seule la cooccurrence des troubles affecte la trajectoire développementale d'un trouble. Par exemple, une étude de Romano,

Tremblay, Vitaro, Zoccolillo et Pagani (2005) a montré avec les informations auto-rapportées par le jeune que le risque d'avoir un TC est 17,6 fois plus grand pour les adolescents présentant déjà un TDAH. Cependant sur ce plan, les résultats de Lapalme et Déry (2010) posent à contrario que les enfants présentant initialement un trouble des conduites en comorbidité avec un TOP voient leur nombre de symptômes diminuer de manière tout à fait semblable dans le temps que les enfants présentant un trouble isolé ; la situation de cooccurrence ne modifie ni l'évolution ultérieure du nombre de symptômes d'un TC ni celui d'un TOP.

Toutefois, jusqu'à présent très peu d'études permettent de décrire l'évolution des troubles perturbateurs des élèves en regard des situations d'accord ou de désaccord entre informateurs. Ferdinand et ses collègues (2007) observent, auprès de 1154 enfants hollandais de 4 à 12 ans de population générale, que le désaccord entre informateurs, comparé avec les versions parents et enseignants de l'Achenbach, n'est pas associé à la fréquence des comportements extériorisés de ces enfants quatre ans plus tard. Des conclusions différentes peuvent être tirées des travaux de Roskam et ses collègues (Roskam, Stiévenart, Meunier, Van de Moortele, Kinoo et Nassogne, 2010). Ces auteurs, en utilisant le PSA (Dumas, Lafrenière, Capuano et Durning, 1997) chez 118 jeunes enfants, établissent que les enfants dont les parents et les enseignants repèrent des comportements différents au T1, tendant à avoir plus de comportements extériorisés 12 mois plus tard que ceux dont les parents s'entendent. Malgré cela, avant de dire que les enfants qui suscitent un accord inter-informateurs verraient leurs symptômes de comportements perturbateurs se résorber alors qu'en cas de désaccord entre les parents et les enseignants, les élèves seraient plus à risque de maintenir leurs symptômes dans le temps, d'autres études sont requises.



#### 2.4.5 Limites des études

Il existe une littérature abondante mettant en avant le faible accord entre les parents et les enseignants sur la présence de troubles de comportement perturbateurs des élèves. Cependant dans la plupart des études, les auteurs repèrent l'existence d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP mais sans diagnostic différentiel sur les sous-types.

Concernant les diverses caractéristiques associées à l'accord ou non entre les parents et les enseignants, les travaux les plus nombreux sont relatifs aux variables âge, sexe de l'enfant, santé mentale du parent et caractéristiques sociodémographiques. Cependant on constate un manque de données sur d'autres variables tels que le cheminement ou le retard scolaire, le sexe et l'âge du répondant, le type de famille et le nombre de changements dans la maisonnée ou de déménagements.

Par ailleurs, ces travaux sont parfois difficiles à comparer du fait de la diversité des échantillons, de l'hétérogénéité des troubles pris en compte, de la variété des instruments de mesure et des procédures d'analyse. La plupart des travaux ont évalué la perception par deux informateurs des troubles de comportements d'élèves de sexe différents mais les échantillons d'autres études n'étaient constitués que de garçons. Les variables considérées diffèrent d'une recherche à l'autre : par exemple l'âge des enfants ou leur appartenance à un échantillon communautaire (une douzaine d'études) versus clinique (une dizaine de travaux). De plus, l'instrument de mesure diffère. Une majorité des auteurs ont opté pour les échelles d'Achenbach ou le *DISC* qui incluent une comparaison de l'accord entre informateurs à partir de la présence d'un diagnostic de TDAH, de TC ou de TOP. Cependant un quart des études sont réalisées avec d'autres outils ce qui n'inclut pas nécessairement la présence d'un trouble.

Nombre d'auteurs décrivent également les facteurs de risque et de protection à prendre en compte lorsque l'on travaille avec les élèves manifestant des troubles de comportement et soulignent l'importance de l'interaction entre les différents lieux de vie de l'enfant dans les prises en charge. Si beaucoup de travaux empiriques ont évalué les bénéfices de l'implication parentale dans la vie scolaire des élèves, associée à une diminution de l'ensemble des symptômes, il n'y pas, à notre connaissance, d'étude sur les répercussions des divergences de perception entre les parents et les enseignants quant aux comportements sur la satisfaction et l'accès aux services.

Les connaissances sur le devenir des enfants manifestant des troubles de comportement sont abondantes et la recension confirme que les variables reliées aux comportements perturbateurs ultérieurs sont multiples (diagnostic et/ou conditions environnementales). Toutefois les répercussions d'un désaccord entre informateurs et le développement des enfants ont été peu examinées malgré leur utilité pour la planification et l'organisation des services.

## **TROISIEME CHAPITRE – OBJECTIFS DE L'ETUDE ET METHODE**

Cette section présente la méthode utilisée pour atteindre les objectifs de la recherche. En premier lieu, nous exposerons le devis de l'étude. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'échantillon sur lequel porte cette étude, notamment les procédures de recrutement ainsi que les caractéristiques principales des participants. Par la suite, nous aborderons les instruments de mesure que nous avons utilisés. Enfin, nous parlerons des principales étapes de la collecte des données.

### **1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Les observations des parents et des enseignants ou enseignantes sont essentielles pour connaître les difficultés comportementales des enfants. Seulement, les écrits ont mis en évidence que les informateurs ne s'entendent pas toujours sur les troubles. La présente étude cherche à savoir quelles sont les variables (liées à la nature des troubles, aux caractéristiques de l'enfant ou à celles de son environnement familial) susceptibles d'être associées aux taux d'accord. Cette étude cherche aussi à spécifier si ces taux d'accord sont en lien avec l'évolution ultérieure des troubles de comportement perturbateurs de l'enfant, la fréquence des services reçus à l'école pour ces difficultés et la satisfaction des parents à l'égard de ces services.

C'est ainsi que l'étude poursuit cinq objectifs :

1. Etablir les taux d'accord entre les parents et les enseignants sur la présence des troubles de comportement perturbateurs chez l'enfant, soit le TDAH, le TC et le TOP ;



2. Identifier parmi certaines caractéristiques des enfants (âge, sexe, cheminement scolaire), des parents (âge, sexe, état mental, niveau d'études), ou socio-familiales (type de structure familiale, revenus et changements de maisonnée ou d'école) celles différenciant les élèves chez qui la présence d'un trouble suscite l'accord ou le désaccord des parents et des enseignants ;

3. Déterminer, 24 mois plus tard, si les symptômes d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP évoluent différemment chez les élèves dont la présence de ces troubles suscitait l'accord ou le désaccord parent-enseignant à l'entrée dans l'étude ;

De manière exploratoire :

4. Etablir si la fréquence des services scolaires reçus par l'élève au cours des deux années de suivi et la satisfaction des parents à l'égard de ces services varient chez les élèves dont la présence des troubles suscitait l'accord ou le désaccord parent-enseignant à l'entrée dans l'étude ;

5. Vérifier s'il existe un effet modérateur de la fréquence des services d'aides spécialisés reçus sur le lien entre l'accord parents-enseignants et l'évolution des troubles de comportement 24 mois plus tard.

## 2. METHODE

### 2.1 Devis de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche longitudinale plus vaste portant sur l'évolution des élèves du primaire qui ont des troubles du comportement (Déry, Toupin, Pauzé, Verlaan, 1999-2007 ; voir Déry *et al.*, 2008). La recherche de Déry et de ses collègues est basée sur un devis à mesures répétées tous les deux ans. Pour les besoins de la présente étude, les deux premiers temps de mesure de cette recherche ont été retenus, soit à l'entrée dans l'étude (premier temps de mesure ou T1), puis 24 mois plus tard (deuxième temps de mesure ou T2). Les analyses réalisées pour atteindre les objectifs 1 et 2 portent sur les données recueillies au T1. Celles effectuées pour rencontrer les objectifs 3, 4 et 5 sont basées sur les deux premiers temps de mesure.

### 2.2 Description de l'échantillon

L'échantillon utilisé dans l'étude retient 341 des 362 élèves recrutés dans l'étude de Déry *et al.* (2008). Cet échantillon est essentiellement composé d'enfants identifiés à l'école primaire avec des troubles de comportement et recevant des services psychosociaux en milieu scolaire pour ces troubles.

#### *Recrutement des élèves*

Les élèves retenus dans cette étude ont été sélectionnés en deux temps. L'échantillon initial ( $n = 324$ ) a été recruté dans les écoles primaires de trois Commissions scolaires du Québec situées dans les régions de l'Estrie et de la Montérégie. Il a été constitué au cours du dernier trimestre des trois années scolaires (1999, 2000 et 2001) puisque dans le cadre de l'étude, les enseignants ou enseignantes devaient être en contact avec les élèves depuis au moins six mois pour réaliser une entrevue diagnostique structurée sur leurs troubles de comportement (voir la section sur les mesures).

Tous les élèves des écoles participantes inscrits sur la liste des élèves qui recevaient des services complémentaires de l'école pour troubles de comportement (principal diagnostic) ont été ciblés. De ce bassin, ont été exclus ceux qui avaient une déficience intellectuelle ou sensorielle et, parce qu'une partie des questionnaires de l'étude s'adressait aussi aux parents, ceux qui vivaient en famille d'accueil ou en centre de réadaptation. Le nombre des élèves ainsi ciblés pour participer à la recherche s'élevait à 710. Pour des raisons de confidentialité, les parents de ces élèves ont d'abord été contactés par les intervenants psychosociaux des écoles afin qu'ils consentent à participer à ce travail. Les intervenants ont préalablement rayé de leur liste les parents qu'ils jugeaient préférables de ne pas contacter ( $n = 42$  élèves), soit parce qu'ils ne les avaient pas encore rencontrés, soit parce qu'ils craignaient que de contacter le parent ne nuise à leur intervention auprès de l'enfant. Parmi les 668 parents restants, 520 ont pu être contactés avant la fin de l'année scolaire et 62,3 % ont consenti à participer à la recherche ( $n = 324$  élèves, soit 260 garçons et 64 filles). Cet échantillon s'est avéré représentatif de la population initialement ciblée, du moins sur les données que les commissions scolaires ont pu fournir sans nuire à la confidentialité des données sur les non participants. C'est ainsi que l'échantillon recruté est comparable à la population initialement ciblée quant aux pourcentages d'élèves en provenance de chaque commission scolaire, au ratio garçons-filles, à la répartition des élèves dans chaque niveau scolaire et au taux d'élèves placés en classe spéciale (soit 26,6 %).

Un second échantillon, essentiellement composé de filles cette fois a été recruté en 2004 par Déry *et al.* (2007) afin d'augmenter la puissance statistique nécessaire à la détection des différences entre les garçons et les filles. Ces filles ont ainsi été retenues dans la présente étude. Elles ont été sélectionnées avec la même procédure que précédemment mais dans trois autres commissions scolaires de l'Estrie et de la Montérégie. Dans les écoles primaires participantes, le nombre de filles correspondant aux critères de sélection s'élevait à 83. Les parents de 71 d'entre elles ont été contactés par les intervenants psychosociaux et 53,5 % ( $n = 38$ ) ont donné leur accord de



participation. Les 38 filles recrutées ne se distinguent pas des non-participantes quant à la provenance, au niveau scolaire et au taux de scolarisation en classe spéciale (26 % ici aussi). Elles ne se distinguent pas non plus de manière significative des 64 autres filles du premier échantillon sur l'ensemble des variables mesurées dans l'étude, ce qui nous permet de les réunir dans cette étude.

### **2.3 Caractéristiques de l'échantillon à l'entrée dans l'étude**

Les fréquences sur les caractéristiques des élèves et leur cheminement scolaire nous permettent de dresser le premier portrait des enfants. La majorité d'entre eux sont des garçons ( $n = 246$  garçons,  $n = 95$  filles). Ils sont âgés de 5,7 ans à 13,5 ans, avec un âge moyen de 9,9 ans ( $\text{é.t.} = 1,82$  ans). Du côté du cheminement scolaire des élèves, alors que 26,6 % des élèves de l'échantillon sont scolarisés en classe spéciale, les autres sont en classe ordinaire et se répartissent ainsi : 31,4 % sont scolarisés au premier cycle (classe maternelle, première et deuxième année du primaire québécois, ce qui en France correspond aux classes maternelles, cours préparatoire et cours élémentaire 1), 38,1 % sont scolarisés au deuxième cycle (troisième et quatrième année, équivalent en France des classes de cours élémentaire 2 et cours moyen 1) et 30,7 % sont scolarisés au cycle 3 (cinquième et sixième année du primaire, équivalent en France aux années cours moyen 2 et 6<sup>o</sup> du secondaire). Seulement un peu plus du quart (27,5 %) a redoublé une année. Ces enfants sont pour la plupart (43 %) issus de familles monoparentales, ou de familles intactes (28 %) ou recomposées (29 %).

Les informateurs parents sont majoritairement des femmes (84,5 % de femmes versus 15,5 % d'hommes). Nous distinguons 283 mères biologiques ou adoptives, 49 pères biologiques, auxquels s'ajoutent 9 autres informateurs (conjointes des parents, grands-mères). Ces informateurs parents sont âgés de 22 ans à 62 ans, avec un âge moyen de 35,3 ans ( $\text{é.t.} = 6,05$  ans). Concernant le niveau de scolarisation des parents, 20 % des informateurs ont un niveau de scolarité équivalent à un secondaire III ou moins ; 60 % ont une scolarité de

niveau secondaire IV ou V ou ont un diplôme d'études secondaires professionnelles ; 20 % ont complété un niveau collégial ou universitaire. Le revenu familial moyen est de 39 379 \$, il varie de 9 000 \$ à 75 000 \$ (*é.t.* = 19 256 \$).

## 2.4 Attrition

Vingt-quatre mois après l'entrée dans l'étude, les parents de 250 des 341 élèves retenus au T1 ont aussi participé au T2. Cependant les enseignants et enseignantes de 208 de ces élèves ont consenti à participer à la recherche au T2. Les données en provenance à la fois des parents et du personnel enseignant concernent donc 208 enfants. Ce taux d'attrition ne semble pas avoir affecté la représentativité de l'échantillon. A partir de différentes mesures prises au T1 des tests statistiques (*t*-tests ou test de Khi-carré selon le type de variables comparées) ont montré que les sujets qui ne participaient plus à l'étude ne se distinguaient pas des participants. Il en est ainsi pour l'âge des élèves  $t = 1,82$ , *n.s.*, le sexe  $\chi^2 = 0,45$ , *n.s.*, la nature des troubles qu'ils présentaient au T1 selon l'enseignant (TDAH,  $\chi^2 = 0,01$ , *n.s.* ; TOP,  $\chi^2 = 0,21$ , *n.s.* ; TC,  $\chi^2 = 0,70$ , *n.s.*) ou selon le parent (TDAH,  $\chi^2 = 0,34$ , *n.s.* ; TOP,  $\chi^2 = 1,89$ ,  $p = n.s.$  ; TC,  $\chi^2 = 0,01$ , *n.s.*) la proportion d'élèves qui ont un retard scolaire,  $\chi^2 = 0,76$ , *n.s.* ou qui suivent la classe spéciale,  $\chi^2 = 1,18$ , *n.s.*, le type de structure familiale,  $\chi^2 = 0,04$ , *n.s.*, le revenu familial,  $t = 0,24$ , *n.s.*, le niveau de scolarité des parents  $t = 0,04$ , *n.s.*, le nombre de symptômes d'anxiété  $t = -1,22$ , *n.s.* ou de symptômes dépressifs des parents,  $t = 0,67$ , *n.s.*

## 3. INSTRUMENTS DE MESURE

### 3.1 Troubles de comportement perturbateurs

Le questionnaire diagnostique structuré, *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (DISC-2.25)* de Shaffer *et al.* (1993) a été utilisé pour documenter les comportements des élèves. Il porte sur les principaux troubles de santé mentale de l'enfance. Sa version française a été développée par

Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et Saint Georges (1998) aux fins de l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes. Le *DISC-2.25* répond aux critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987). Il a été légèrement modifié pour inclure aussi les critères plus récents du *DSM-IV-TR* (APA, 2004). Cet instrument a été choisi en fonction de l'étendue d'âge pour laquelle il était approprié, de sa disponibilité en français et du fait qu'il a été validé pour obtenir les informations des parents et du personnel enseignant sur les symptômes d'un TC, d'un TOP et d'un TDAH manifestés par l'enfant à l'école et à la maison au cours des six derniers mois. En outre, la version française du *DISC-2.25* comporte de bonnes propriétés métrologiques. Les coefficients de fidélité pour ces trois problèmes vont de passables à bons (Breton *et al.*, 1998) : les valeurs du kappa obtenues varient entre 0,49 et 0,70 selon le répondant et le trouble mesuré; les coefficients de corrélation intra-classes varient entre 0,70 et 0,84. La consistance interne et les épreuves de validité de critères sont satisfaisantes.

Les sections du questionnaire se rapportant à un TDAH, un TOP et un TC incluent 112 questions de base avec des choix de réponse de type oui-non et des questions complémentaires (qui ne sont posées que lorsque la réponse précédente est positive) auxquelles l'informateur répond en terme de fréquence. Par exemple si le parent répond affirmativement à la question de base : «Depuis (tel événement), quelqu'un a-t-il dit que votre enfant bouge beaucoup ses mains, ses pieds ou gigote sur sa chaise pendant la classe ? », l'expérimentateur pourra poser jusqu'à quatre autres questions complémentaires visant à examiner la nature et la fréquence de cette agitation comme « Est-ce qu'à la maison vous ou d'autres personnes avez remarqué qu'il/elle était trop agité(é) ou qu'il/elle ne reste pas en place ? Joue-t-il/elle avec ses doigts, ou bouge-t-il/elle ses pieds ou gigote-t-il/elle sur sa chaise ? Avez-vous remarqué qu'il/elle ne reste pas assis(e) à sa place à la maison ? Par exemple en mangeant à table ou en regardant la télévision ou en faisant ses devoirs ? Est-ce que le fait de ne pouvoir rester assis(e) a été un problème



durant une période d'au moins six mois ? ». Par contre, si le parent répond par la négative, l'expérimentateur passe directement à la question de base suivante : « Depuis (tel événement), quelqu'un a-t-il dit que votre enfant a de la difficulté à garder son attention sur son travail scolaire quand il se passe quelque chose d'autre en classe ? » et ainsi de suite pour chacune des pathologies observées au cours des six mois qui précèdent l'entrevue. Les questions s'appliquent de la même manière aux enseignants et enseignantes. Dans la version plus récente du *DSM-IV-TR* (APA, 2000), pour le TDAH figure un ajout de six symptômes nécessaires pour distinguer des sous-types inattentif ou hyperactif-impulsif et pour le TC un ajout de deux symptômes se rapportant respectivement à l'agression et au bris de règles. Aucun symptôme ne diffère entre les versions *DSM-III- R* et *DSM-IV- R* pour le TOP, mais le nombre requis pour envisager la présence du trouble est passé de cinq à quatre dans la version *DSM-IV-TR*. Les valeurs des kappas calculées entre les deux versions pour établir la présence de l'un ou l'autre de ces troubles se sont révélées bonnes ou très bonnes (Déry *et al.*, 2004). Lorsque les enseignants sont les informateurs sur les symptômes de l'enfant, ces valeurs sont de 0,67 pour le TDAH, de 0,87 pour le TOP et de 0,90 pour le TC. Celles calculées lorsque le parent est l'informateur sont de 0,73 pour le TDAH, de 0,88 pour le TOP et de 0,65 pour le TC (Déry *et al.*, 2004).

Conformément aux critères du *DSM-IV-TR*, un élève est reconnu avec un TDAH de type inattentif si le parent (ou l'enseignant) rapportait six symptômes ou plus de la catégorie « inattention » mais moins de six symptômes de la catégorie « hyperactivité-impulsivité ». Inversement, un TDAH de type hyperactif-impulsif a été reconnu lorsque l'élève manifestait six symptômes ou plus de la catégorie « hyperactivité-impulsivité » mais moins de six symptômes de la catégorie « inattention ». Les élèves présentant au moins six symptômes de chaque catégorie étaient identifiés avec le type mixte. Il est à noter qu'en raison de la faible prévalence du type hyperactif-impulsif (sans déficit d'attention) dans l'échantillon, ce type a été regroupé avec le type mixte dans les analyses. Toujours aux fins des analyses, nous avons examiné le

nombre de symptômes agressifs et non agressifs de TC manifestés par l'élève selon que ces symptômes entraient ou non dans la catégorie « agression des personnes ou des animaux » du TC (voir l'annexe A pour une description des catégories de symptômes).

En plus des variables considérant l'absence ou la présence de chacun de ces troubles chez les élèves et du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP présentés par l'enfant (selon l'évaluation de l'enseignant et celle du parent), trois autres variables ont été créées afin de rendre compte, pour chaque trouble, de tous les symptômes présentés par l'enfant, que ces symptômes aient été rapportés par le parent ou par l'enseignant lors de l'évaluation. Ces variables sont utilisées dans les analyses se rapportant aux objectifs 3 et 5.

Les enfants qui ne manifestent pas les symptômes ni selon le parent ni selon l'enseignant sont considérés comme ceux qui suscitent un accord entre informateurs sur l'absence des troubles. Cependant comme notre travail porte sur la variabilité existant entre les évaluations de deux informateurs sur la présence d'un trouble, ce groupe n'a pas été pris en compte.

### **3.2 Caractéristiques personnelles et scolaires de l'élève**

Les parents ont donné l'information sur l'âge et le sexe de l'élève, le type de classe fréquentée (classe ordinaire ou classe spéciale) et sur le nombre d'années scolaires doublées par l'enfant. Cette dernière information a permis de créer une variable discrète reflétant l'absence ou la présence d'un retard scolaire d'au moins une année. L'ethnie de l'élève n'a pas été considérée puisque très peu de différences existaient sur ce plan dans la population d'élèves des commissions scolaires participantes.

### 3.3 Caractéristiques parentales

#### 3.3.1 Caractéristiques socio-familiales

Ces caractéristiques socio-familiales incluent pour la présente étude, l'âge, le sexe du parent, le niveau d'études du répondant principal (Sec. III ou moins ; Sec IV-V ou DEP ; cégep ou université), le revenu familial annuel. Ces informations ont toutes été recueillies auprès des parents à l'aide d'un questionnaire mis au point par le Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (EQSMJ, Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, Saint-Georges *et al.*, 1994).

#### 3.3.2 Structure familiale

Sur la base du même questionnaire (EQSMJ, Valla *et al.*, 1994), l'information concernant la stabilité de la structure familiale a été collectée auprès du parent principal, c'est-à-dire du parent qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant. Elle prend en compte la structure actuelle de la famille (composée des deux parents biologiques = type de famille intacte ; recomposée ou monoparentale = type de famille non intacte), le nombre de fois où cette structure s'est modifiée depuis la naissance de l'enfant, qu'il s'agisse des changements dans la maisonnée (arrivée d'un nouvel enfant, départ ou arrivée d'un conjoint), des changements d'écoles, ou des déménagements.

#### 3.3.3 Santé mentale du répondant principal

Le questionnaire utilisé pour évaluer les problèmes de santé mentale (à vie) du parent principal emprunte des données à la version française du *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (Fournier, Lesage, Toupin et Cyr, 1997 ; version révisée de Fournier et Kovess, inédite). Il s'agit, encore ici, d'un questionnaire d'entrevue diagnostique hautement structuré, comprenant près de 120 questions de type oui-non, utilisé par un intervieweur auprès du parent. Les sections retenues dans l'étude permettent d'indiquer, selon les critères du *DSM-IV-TR* (APA, 2000), le nombre de symptômes



d'anxiété généralisée et de dépression présenté par le parent. Le nombre de symptômes d'anxiété/dépression est utilisé comme variable dépendante. La comparaison des diagnostics posés à l'aide de l'instrument avec ceux posés par des psychiatres donne des valeurs de Kappa variant de 0,33 à 0,74 ce qui, selon Fournier et son équipe (1997) confèrent des propriétés psychométriques de l'instrument satisfaisantes, compte tenu de la sévérité des critères de comparaison utilisés dans leur étude.

### **3.4 Services scolaires complémentaires reçus par l'enfant**

#### *3.4.1 Fréquence des services reçus*

Un questionnaire sur les services d'aide spécialisés que les élèves recevaient de l'école pour leurs troubles de comportement a été construit pour les besoins de l'étude à partir de celui utilisé dans l'EQSMJ (Valla *et al.*, 1994). Il porte, entre autres, sur les services psychoéducatifs, psychologiques ou orthopédagogiques reçus par l'enfant en milieu scolaire depuis les deux dernières années. Outre le fait de recevoir ou non ces services, une échelle en quatre points porte sur la fréquence de ces services (plus d'une fois par semaine, une fois par semaine, entre une et trois fois par mois, moins d'une fois par mois). Ces fréquences ont été mesurées tous les six mois entre le premier et le second temps de mesure et ont permis de calculer un indice moyen de la fréquence des services reçus au cours de cette période (variant de 1 à 4 points, 4 reflétant une fréquence élevée).

#### *3.4.2 Satisfaction du parent à l'égard des services*

Un item du questionnaire de l'EQSMJ (Valla *et al.*, 1994) sur les services portait sur la satisfaction des services psychologiques et psychoéducatifs reçus par l'enfant au premier temps de mesure. La question « comment avez-vous trouvé les services reçus » était accompagnée d'une échelle de réponse en quatre points allant de « très satisfaisant » à « très insatisfaisant ». Cette échelle est la variable utilisée dans l'étude.

#### **4. DÉROULEMENT**

Les parents des élèves suivis pour des troubles de comportement ont été contactés afin de leur demander de participer à une recherche. Un parent par famille, soit celui qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant, a été rencontré à domicile par des intervieweurs spécifiquement formés à la passation des questionnaires diagnostiques. Les parents ont aussi été contactés par téléphone tous les six mois après la rencontre initiale pour donner l'information sur les services scolaires reçus par l'enfant pour ses difficultés de comportement. Les enseignants et enseignantes ayant accepté de participer à l'étude ont, quant à eux, répondu par téléphone à un questionnaire sur les difficultés comportementales présentées par les élèves en classe. Préalablement à la passation des questionnaires, les parents ont signé un formulaire de consentement les informant des objectifs de l'étude, des risques et des bienfaits reliés à leur participation. Les parents donnaient également leur consentement pour que l'enseignant de leur enfant soit contacté. Le formulaire fournissait l'information pour que le consentement soit libre et éclairé et précisait les moyens pris pour garantir le respect de la confidentialité et de l'anonymat des renseignements recueillis. Cette étude est approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke.

## QUATRIEME CHAPITRE - RESULTATS

Dans ce chapitre nous exposerons les résultats des analyses que nous avons réalisées pour atteindre les différents objectifs de l'étude. Ce chapitre comprend cinq sections suivant les cinq objectifs poursuivis. Pour toutes les analyses nous avons utilisé SPSS version 15.0.

### 1. Taux d'accord entre les parents et les enseignants sur la présence des troubles de comportement chez l'enfant.

Le premier objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de l'accord ou du désaccord sur la présence d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP chez les élèves selon les informations sur ces troubles recueillies à l'aide du *DISC-2.25* par leurs parents ou leurs enseignants. Ces fréquences sont présentées dans les tableaux 1 et 2. Comme il est possible de le constater dans le tableau 1, il peut y avoir un accord lorsque les informations données tant par le parent que par l'enseignant rencontrent les critères pour établir la présence du trouble (accord sur la présence : colonne a du tableau 1), ou lorsqu'elles ne le rencontrent pas (accord sur absence du trouble : colonne d du tableau 1). Il y a un désaccord quand les informations données par un seul des deux informateurs rencontrent les critères pour établir la présence du trouble chez l'enfant (voir les colonnes b et c du tableau 1).

Les fréquences sont d'abord présentées pour le TDAH tous types confondus puis réparties selon le sous-type TDAH inattentif et les sous-types TDAH mixte ou hyperactif, ensuite pour le TC, tous types confondus et pour le TC agressif uniquement et enfin pour le TOP. La fréquence de la présence ou de l'absence d'au moins un de ces trois troubles selon l'un ou l'autre des informateurs apparaît également dans le tableau 1. La dernière colonne du tableau présente le seuil de signification du  $\chi^2$  de McNemar permettant de



spécifier si un informateur perçoit significativement plus d'élèves avec un trouble que l'autre informateur (à  $p < 0,05$ ).

Le tableau 2 présente le « taux d'accord relatif » entre les informateurs (parents et enseignants) sur la présence d'un trouble chez l'élève. Le taux d'accord relatif est calculé en divisant le nombre d'élèves pour lesquels la présence d'un trouble a été identifiée à la fois par le parent *et* l'enseignant (colonne **a** du tableau 1), par la somme du nombre d'élèves pour lesquels la présence du trouble a été identifié par au moins un répondant, c'est-à-dire soit le parent (colonne **b** du tableau 1) soit l'enseignant (colonne **c** du tableau 1) ou encore les deux (colonne **a** du tableau 1). La formule mathématique est donc la suivante : division des  $n$  (nombre d'élèves) de la colonne (**a**) par la somme des  $n$  des colonnes (**a**) + (**b**) + (**c**). La suite de nos analyses ne considère que cet accord relatif.

Le nombre d'élèves pour lesquels ni le parent, ni l'enseignant n'a identifié la présence d'un trouble (colonne **d** du tableau 1) est donc exclu du calcul du taux d'accord relatif (voir tableau 2). En effet, la non reconnaissance du trouble par le parent et l'enseignant (accord sur absence) dépasse le cadre de notre recherche qui se centre sur la présence d'un trouble rapporté par au moins un de ces informateurs ou par les deux.

**Tableau 1**  
**Nombre d'élèves avec un trouble selon les informateurs parents ou enseignants (N=341)**

Troubles	Présence selon parent et selon enseignant (a)		Présence selon parent /absence selon enseignant (b)		Présence selon enseignant/ absence selon parent (c)		Absence selon parent et selon enseignant (d)		$\chi^2$ de Mc Nemar
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
TDAH (tous les types)	86	25.2	58	17.0	105	30.8	92	27.0	0.001
- <i>type inattentif uniquement</i>	12	3.5	24	7.0	87	25.5	218	63.9	0.001
- <i>type mixte ou hyperactif</i>	40	11.7	68	19.9	57	16.7	176	51.6	0.37
TC (tous les types)	20	5.9	37	10.9	57	16.7	227	66.6	0.05
- <i>avec symptômes d'agression</i>	17	5.0	33	9.7	57	16.7	234	68.6	0.01
TOP	61	17.9	69	20.2	49	14.4	162	47.7	0.08
Au moins un des 3 troubles	149	43.7	50	14.7	83	24.3	59	17.3	0.001

Note : TDAH = trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité ; TC = trouble des conduites ; TOP = trouble de l'opposition avec provocation.

**Tableau 2**  
**Fréquences relatives d'un accord et d'un désaccord entre informateurs sur la présence d'un trouble (TDAH, TC, TOP)**

Troubles	Accord sur la présence du trouble		Désaccord	
	a / a+b+c	%	n	%
TDAH	86 / 249	34.5	163	65.5
TC	20 / 114	17.6	94	82.4
TOP	61 / 179	34.0	118	66.0
Au moins un trouble	149 / 282	52.8	133	47.2

a : présence selon parent et selon enseignant ; b : présence selon parent /absence selon enseignant ; c : Présence selon enseignant/ absence selon parent.

En ce qui a trait au TDAH, tous types confondus, le tableau 1 montre que 249 des 341 élèves (colonnes a + b + c) répondent aux critères diagnostiques d'un TDAH selon les informations des parents et des enseignants. De ces 249 élèves, seuls 86 (34,5 %) sont reconnus comme ayant un TDAH selon les deux informateurs (accord relatif sur la présence du TDAH ; voir tableau 2). Il y a donc 65,5 % des élèves pour lesquels la présence du TDAH n'est pas établie soit par le parent, soit par l'enseignant. De fait, 58 élèves sont évalués par leur parent uniquement comme ayant ce trouble alors que leur enseignant ne rapporte pas tous les symptômes nécessaires pour établir la présence d'un TDAH. Inversement, 105 élèves manifestent un TDAH selon les informations de l'enseignant alors que les informations fournies par leur parent ne permettent pas d'en détecter la présence. Enfin, 92 élèves sont évalués comme n'ayant pas ce trouble à partir des informations données tant par leur parent que par leur enseignant.

Le test de McNemar permet de constater que les différences de fréquences d'un TDAH définies d'après les évaluations du parent et de l'enseignant sont statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ). Les enseignants identifient au total davantage d'élèves avec un TDAH (colonnes a + c = 191) que leurs parents (colonnes a + b = 144). Il est possible que cette différence entre enseignants et parents soit liée au fait que les enseignants repèrent



significativement plus d'élèves dont le TDAH est uniquement de type inattentif, c'est-à-dire sans comportement hyperactif et impulsif, ( $\chi^2$  de McNemar à  $p < 0,001$ ). En effet, ce sont trois fois plus d'élèves qui sont diagnostiqués par les enseignants avec un TDAH de type inattentif (colonnes a + c = 99), que par leurs parents (colonnes a + b = 36). Il n'y pas de différence significative sur les fréquences rapportées par ces informateurs pour le TDAH de type mixte ou hyperactif, caractérisé par l'hyper motricité et l'impulsivité.

En ce qui concerne le TC, les résultats illustrés au tableau 1 indiquent que 227 des 341 élèves sont évalués tant par leur parent que par leur enseignant comme ne répondant pas aux critères diagnostiques d'un TC (colonne d du tableau 1). Par contre, 114 élèves (colonnes a + b + c) auraient un TC selon les informations des parents et des enseignants et seulement 20 de ces 114 élèves (17,6 %) sont reconnus par les deux informateurs (accord relatif sur TC ; voir tableau 2). Il y a donc 94 élèves (82,4 %) pour lesquels la présence du TC n'est pas confirmée par l'un ou l'autre des informateurs. En effet, 37 élèves sont évalués par leur parent comme ayant ce trouble alors que l'enseignant ne l'observe pas, tandis que 57 élèves présentent un TC selon leur enseignant alors que la présence de ce trouble n'est pas établie à partir des informations données par leur parent.

Les enseignants identifient, au total, significativement plus d'élèves avec un TC que les parents ( $\chi^2$  de McNemar à  $p = 0,05$ ). Il est à noter que 74 élèves (colonnes a + c) sont diagnostiqués par les enseignants avec le sous-type agressif contre 50 élèves (colonnes a + b) pour leurs parents. Tel qu'indiqué au tableau 2, en ne considérant que les élèves pour lesquels un trouble a été identifié par le parent et/ou par l'enseignant (somme des colonnes a + b + c) le taux d'accord sur la présence du TC s'élève à 17,6 % (colonne a / colonnes a + b + c).

Cent soixante-dix-neuf élèves sont évalués avec un TOP. De ces élèves, 34 % sont identifiés à la fois par les parents et les enseignants (accord relatif

sur le TOP ; voir tableau 2). C'est donc dire que dans 66 % des cas, la présence du TOP n'est pas reconnue par l'un ou l'autre des informateurs.

Tel qu'illustré au tableau 1, seulement 69 élèves sont évalués par leur parent comme ayant un TOP tandis que 49 ont un TOP uniquement en fonction de l'évaluation faite par leur enseignant. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les fréquences d'un TOP selon les évaluations du parent et de l'enseignant bien que les parents tendent à rapporter plus souvent ce trouble ( $\chi^2$  de McNemar à  $p = 0,08$ ).

Enfin, en examinant les 341 élèves qui présentent au moins un trouble selon le parent, l'enseignant ou les deux informateurs, le tableau 1 indique que seulement 282 élèves répondent aux critères diagnostiques d'au moins un des trois troubles perturbateurs (TDAH, TC ou TOP). De ces derniers, 149 élèves (52,8 %) sont perçus tant par le parent que par l'enseignant comme présentant un trouble (accord relatif sur la présence d'au moins un trouble ; voir tableau 2). En ce qui concerne les autres élèves, 50 élèves sont évalués par le parent comme manifestant au moins l'un ou l'autre de ces troubles alors que ce n'est pas le cas pour l'enseignant. Inversement, 83 élèves manifestent au moins l'un des troubles selon l'évaluation faite par leur enseignant alors que celle du parent n'en établit pas la présence. Les enseignants identifient, au total, davantage d'élèves avec au moins un des troubles que les parents ( $\chi^2$  de McNemar à  $p = 0,001$ ). Enfin, 59 élèves sont évalués tant par leur parent que par leur enseignant comme n'ayant aucun des troubles. Dans la mesure où le consensus entre informateurs est au cœur de ce travail de recherche, pour la suite de nos analyses nous ne tiendrons pas compte des cas où les parents et les enseignants s'entendent sur l'absence d'un trouble.

## **2. Caractéristiques des élèves associées à un accord et un désaccord dans les évaluations des répondants.**

Le deuxième objectif de la présente étude est d'identifier les caractéristiques individuelles, plus précisément scolaires et socio-familiales associées à l'accord ou au désaccord entre les informateurs quant à la présence d'un trouble perturbateur chez l'élève. Il est à noter que c'est la présence d'au moins un trouble sans en distinguer sa nature dont il est question ici. Comme nous l'avons vu plus haut (section précédente et tableau 2), un peu plus de la moitié des 282 élèves ( $n = 149$  ; 52,8 %) manifeste un trouble perturbateur (TDAH, TC ou TOP) d'après les évaluations faites par l'un et/ou l'autre des deux informateurs (accord relatif sur la présence d'au moins un trouble) ; ces élèves constituent le « groupe accord » dans les analyses qui suivent. Cent trente-trois élèves (47,2 %) suscitent un désaccord car un seul des deux informateurs repère un trouble alors que l'autre ne le signale pas (désaccord relatif sur la présence d'au moins un trouble) ; ils constituent le « groupe désaccord » dans les analyses suivantes.

Le tableau 3 rend compte des taux d'accord et de désaccord entre les parents et les enseignants sur la présence des troubles de comportement en fonction des caractéristiques individuelles et scolaires des élèves des deux groupes. Les données sont présentées d'abord pour l'âge et pour le sexe des élèves, puis pour leur cheminement scolaire (élèves scolarisés en classe régulière ou dans des classes spéciales) et enfin en fonction d'un retard scolaire (selon que les élèves n'aient jamais redoublé une année ou qu'ils aient un an de retard scolaire ou plus). Les comparaisons entre les deux groupes sont faites au moyen de tests de Khi-carré ( $\chi^2$ ) pour les variables catégorielles (sexe, cheminement scolaire et retard scolaire) et de test-t de Student pour la variable âge.



**Tableau 3**  
**Caractéristiques individuelles et scolaires des élèves du « groupe accord » et du « groupe désaccord »**

Caractéristiques individuelles et scolaires		Accord (n = 149)	Désaccord (n = 133)	$\chi^2$	t
Age	M (é.t.)	9.6 (1.9)	10.0 (1.8)		1.79 <sup>t</sup>
Sexe					
- Garçon	%	71.8	74.4	0.25	
- Fille	%	28.2	25.6		
Cheminement scolaire					
- Primaire régulier	%	78.5	66.9	4.81 <sup>*</sup>	
- Classe spéciale	%	21.5	33.1		
Retard scolaire					
- Aucun retard	%	80.5	63.9	9.79 <sup>**</sup>	
- Retard un an ou +	%	19.5	36.1		

t < 0.10   p < 0.05   \*\* p < 0.01   \*\*\* p < 0.001

Tout d'abord, en ce qui a trait à l'âge, il est possible de constater que les élèves du groupe « accord » sont âgés en moyenne de 9,6 ans alors que ceux du groupe « désaccord » ont un âge moyen de 10 ans. Le test-t de Student indique que cette différence n'est que marginale ( $t = 1,79, p = 0,074$ ).

En examinant le sexe des élèves, les résultats montrent que les groupes « accord » et « désaccord » sont constitués d'un nombre plutôt similaire de garçons (respectivement 71,8 % et 74,4 %) et de filles (respectivement 28,2 % et 25,6 %). La différence de distribution n'est pas significative ( $\chi^2 = 0,25, d.l. = 1, n.s.$ ). Le sexe de l'élève n'est donc pas associé au fait que les troubles des élèves suscitent l'accord ou le désaccord entre les parents et les enseignants.

Pour le cheminement scolaire, 78,5 % des élèves du groupe « accord » sont scolarisés en classe régulière alors que ce pourcentage n'est que de 66,9 % dans le groupe « désaccord ». Les élèves dont les troubles suscitent le

désaccord entre informateurs (33,1 %) sont plus nombreux à être scolarisés dans des classes spéciales que ceux pour lesquels les parents et les enseignants ne s'entendent pas quant à la présence d'au moins un trouble perturbateur (21,5 %). Le test de Khi-carré indique que cette différence de distribution dans le cheminement scolaire des élèves est significative ( $\chi^2 = 4,81$ ,  $d.l. = 1$ ,  $p = 0,028$ ).

Enfin, en matière de retard scolaire, 19,5 % des élèves du groupe « accord » ont un retard d'un an ou plus comparativement à 36,1 % des élèves du groupe « désaccord ». Cette différence est très significative ( $\chi^2 = 9,78$ ,  $d.l. = 1$ ,  $p = 0,001$ ) et suggère donc que les élèves dont les troubles ne suscitent pas l'accord sont plus nombreux à redoubler.

Le tableau 4 rend compte des caractéristiques parentales et socio-familiales des élèves des groupes « accord » et « désaccord ». Les différences entre les groupes sont calculées au moyen de tests de Khi-carré pour les variables catégorielles (sexe, type de structure familiale) et de test-t de Student pour les autres variables qui sont toutes continues.

Tout d'abord, les résultats du test de Khi-carré révèlent que le sexe du parent qui a fait l'évaluation des troubles n'est pas associé significativement au fait que les troubles des élèves suscitent l'accord ou le désaccord entre les parents et les enseignants ( $\chi^2 = 2,45$ ,  $d.l. = 1$ , *n.s.*). Par contre, au regard de l'âge, les analyses comparatives effectuées à l'aide du test-t de Student ( $t = 1,98$ ,  $p = 0,05$ ) montrent que les parents des élèves du groupe « accord » sont significativement plus jeunes (âge moyen = 34,5 ans) que ceux des élèves du groupe « désaccord » (âge moyen = 35,9 ans).

En ce qui concerne le niveau d'études des parents, il n'y a pas de lien entre le niveau d'études des parents et le fait que les parents et les enseignants s'entendent ou non quant à la présence d'un trouble chez les élèves ( $\chi^2 = 0,03$ , *n.s.*).

**Tableau 4**  
**Caractéristiques socio-familiales des élèves dont la présence d'un trouble suscite l'accord**  
**ou le désaccord entre informateurs**

Caractéristiques socio-familiales		Accord (n = 149)	Désaccord (n = 133)	$\chi^2$	t
Sexe du parent					
- Masculin	%	12.1	18.8	2.45	
- Féminin		87.9	81.2		
Age du parent	M (é.t.)	34.5 (5.8)	35.9 (6.0)		1.98*
Niveau d'études					
- Sec III ou moins	%	23.0	17.4		
- Sec IV-V ou DEP	%	55.4	65.2	2.79	
- Cégep ou université	%	21.6	17.4		
Santé mentale					
-Nb sympt.anxieux	M (é.t.)	1.50 (2.5)	1.25 (2.2)		-0.89
-Nb sympt.dépressifs	M (é.t.)	5.66 (3.3)	4.33 (3.7)		-3.13**
Type de famille					
- intacte	%	22.8	33.8		
- non intacte	%	77.2	66.2	4.23*	
Revenu familial	M (é.t.)	6.1 (2.6)	6.3 (2.5)		8.4
Changements					
- Maisonnée	M (é.t.)	2.4 (2.2)	2.6 (2.7)		0.47
- Écoles	M (é.t.)	1.8 (1.8)	1.9 (1.7)		0.76
- Déménagements	M (é.t.)	3.9 (2.7)	3,7 (3.2)		0.56
t < 0.10 * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001					

Pour la santé mentale des parents, nous remarquons que les 149 répondants parents du groupe accord manifestent significativement plus de symptômes dépressifs que les 133 répondants du groupe désaccord (5,66 vs 4,33 ;  $t = -3,13$ ,  $p = 0,002$ ). Le constat est différent en ce qui concerne les symptômes d'anxiété, où les deux groupes ne se distinguent pas significativement (groupe accord :  $n = 1,50$  et groupe désaccord :  $n = 1,25$  ;  $t = -0,89$ , n.s.).



En ce qui a trait à la structure de la famille, les élèves du groupe « accord » sont significativement moins nombreux (22,8 %) à provenir d'une famille « intacte » (leurs deux parents biologiques vivent ensemble) comparativement aux élèves du groupe « désaccord » ( $\chi^2 = 4,23, p = 0,04$ ). En matière de revenus familiaux, il n'y a pas de différences significatives entre les élèves suscitant un accord ou les élèves suscitant un désaccord entre les informateurs ( $t = 8,4, n.s.$ ). Enfin, il n'y a pas de différence entre ces élèves sur les variables se rapportant aux changements vécus dans la famille, soit le nombre de changements de personnes dans la maisonnée depuis la naissance de l'enfant ( $t = 0,47, n.s.$ ), le nombre de changements d'écoles ( $t = 0,76, n.s.$ ) et le nombre de déménagements durant les 24 derniers mois ( $t = 0,56, n.s.$ ).

Une synthèse des résultats obtenus sur les caractéristiques socio-familiales associées à l'accord ou au désaccord nous permet d'avancer que comparativement aux élèves du groupe « désaccord », les élèves dont les troubles suscitent un accord entre informateurs sont plus souvent ceux qui ont une scolarité ordinaire et qui n'ont pas redoublé. Ils proviennent plus fréquemment d'une famille non intacte, ont des parents plus jeunes et présentant plus de symptômes dépressifs. Les résultats de cette recherche ne démontrent pas l'existence de liens entre la présence d'un consensus entre les parents et les enseignants sur l'âge, le sexe, le niveau d'études des répondants et le revenu familial.

Afin de déterminer la contribution unique des caractéristiques individuelles et socio-familiales sur l'accord et le désaccord entre les informateurs, nous avons contraint l'ensemble des caractéristiques qui discriminait significativement les groupes dans un modèle de régression logistique (voir résultats dans les tableaux 3 et 4). La variable retard scolaire a été introduite dans l'équation en étant codée 0 pour aucun redoublement et 1 pour un an ou plus de retard. La variable cheminement scolaire a été codée 0 pour primaire régulier et 1 pour classe spéciale. La variable type de famille est codée 0 pour famille non intacte et 1 pour famille intacte. Les variables âge du

jeune, âge du répondant, nombre de symptômes dépressifs du parent et nombre de symptômes intériorisés du parent ont été conservées comme telles. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 5.

**Tableau 5**  
**Régression logistique des caractéristiques individuelles et socio-familiales sur**  
**l'accord/désaccord entre informateurs quant à la présence d'un trouble perturbateur**  
**chez les élèves (n = 280)**

Variables retenues dans l'équation	$\beta$	Wald	d.l.	p
Âge du jeune	-0.16	0.05	1	0.83
Retard scolaire de l'enfant	-0.66	4.22	1	0.04
Cheminement scolaire de l'enfant	-0.43	1.94	1	0.16
Age du répondant principal	-0.03	2.01	1	0.16
Nombre de symptômes dépressif parent	0.10	7.90	1	0.01
Type de famille intacte ou non	-0.47	2.68	1	0.10

Table de classification

	Accord/désaccord prédit		Prédiction correcte (%)
	Accord	Désaccord	
Accord	68	64	51.5
Désaccord	43	105	70.9
Total			61.8

Au regard des résultats illustrés dans le tableau 5, seules deux variables ressortent comme ayant une association significative sur l'accord des informateurs : la variable retard scolaire de l'enfant et la variable nombre de symptômes dépressifs rapportés par le parent. Le retard scolaire de l'élève est associé à une probabilité plus faible d'accord entre les informateurs comme l'indiquent les valeurs négatives des coefficients de régression ( $\beta$ ). Le nombre de symptômes dépressifs auto-rapportés par le parent est associé à une probabilité accrue d'accord. Les autres variables (âge et cheminement scolaire de l'enfant, âge du répondant principal, type de structure familiale) ne sont pas significativement liées à l'entente entre informateurs.

Comme on peut le constater dans la table de classification, l'ensemble du modèle est statistiquement significatif ( $\chi^2 = 26,45$ ,  $d.l. = 6$ ,  $p = 0,001$ ) mais ne prédit correctement l'accord entre les informateurs sur la présence de troubles chez les élèves, que dans 61,8 % des cas. Néanmoins, les caractéristiques se rapportant au retard scolaire et au nombre de symptômes de dépression prédisent davantage l'accord entre les informateurs qu'un tirage au hasard (51,5 %).

### **3. Evolution des symptômes d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP chez les élèves dont la présence de ces troubles suscitait l'accord ou le désaccord parent-enseignant à l'entrée dans l'étude.**

L'objectif 3 de la présente étude était de déterminer l'évolution, deux ans plus tard, de chacun des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP chez les élèves en fonction d'un accord ou d'un désaccord entre les informateurs sur la présence de ces troubles au début de l'étude. Des analyses de variance à mesures répétées sur le nombre de symptômes d'un même enfant par des évaluateurs indépendants ont été réalisées pour tenir compte de l'effet « temps » (évolution des troubles des élèves du début de l'étude T1 au T2, 24 mois plus tard), de l'effet « groupe » au T1 (différence du nombre de symptômes selon accord/désaccord parents-enseignants sur la présence d'un trouble) et également pour voir si les deux groupes ont évolué de manière similaire ou différente entre les deux temps de mesure (effet d'interaction groupe x temps). Un plan factoriel 2 x 2 est utilisé afin d'évaluer les effets principaux et les effets d'interactions des deux variables indépendantes (le temps et la reconnaissance ou non d'un trouble par les deux informateurs). La variable dépendante est le nombre de symptômes manifestés chez les élèves pour chacun des troubles (TDAH, TC et TOP) tels que rapportés par le parent ou l'enseignant. Les moyennes du nombre de symptômes et les écarts type obtenus pour chaque temps de mesure (T1, T2) et selon le type de groupe au T1 (accord ou désaccord sur la présence d'un trouble chez l'élève) sont



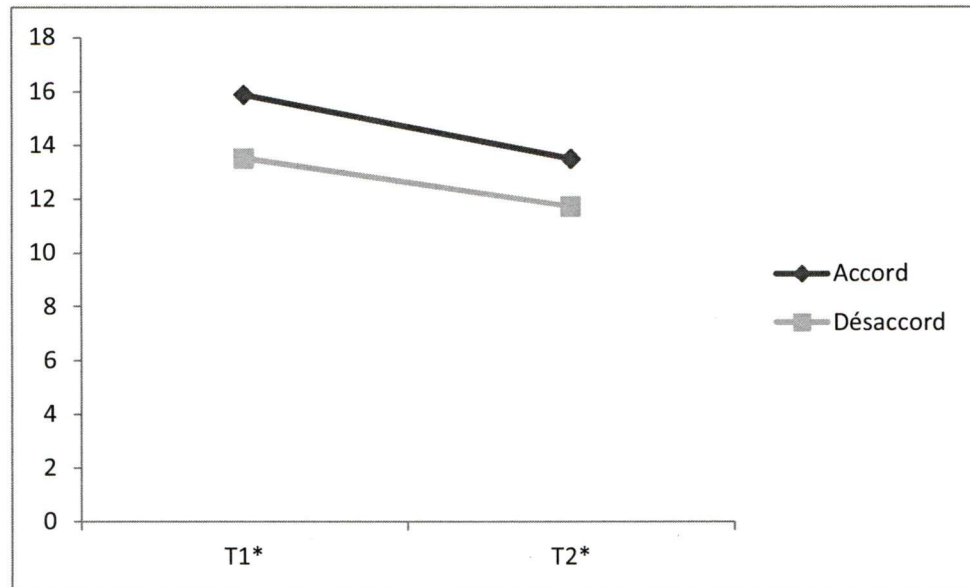
reproduits dans le tableau 6. Les effets d'interaction (groupe x temps) sont illustrés dans les figures 1, 2 et 3.

**Tableau 6**  
Nombre moyen de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP au T1 et au T2 chez les élèves dont la présence de ces troubles suscitait l'accord ou le désaccord parent-enseignant au T1

Symptômes	Groupe au T1	N	T 1 M (é.t.)	T 2 M (é.t.)	F Temps	F Temps x groupes
TDAH	Accord	86	15.88 (2.07)	13.49 (3.10)	38.39***	1.64
	Désaccord	163	13.51 (2.76)	11.73 (4.04)		
TC	Accord	20	6.30 (1.84)	3.07 (2.19)	41.09***	5.95**
	Désaccord	94	4.13 (1.15)	2.68 (2.31)		
TOP	Accord	61	7.28 (0.82)	4.82 (2.49)	80.72***	3.32
	Désaccord	118	6.19 (1.39)	4.46 (2.53)		

t < 0.10   \* p < 0.05   \*\* p < 0.01   \*\*\* p < 0.001

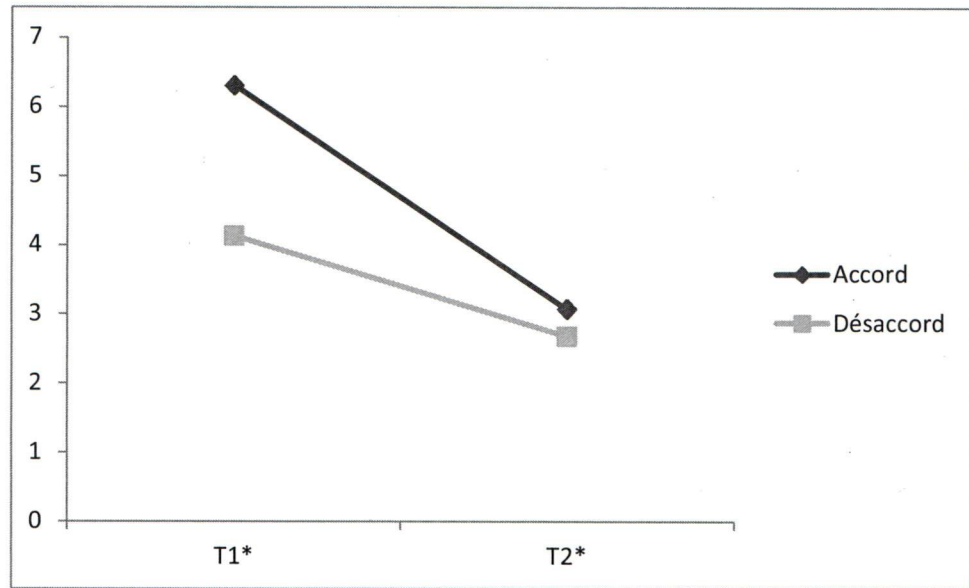
Au premier temps de mesure pour le TDAH, les élèves du groupe accord manifestent plus de symptômes ( $M = 15,88$ ,  $é.t. = 2,07$ ) que les élèves qui suscitent le désaccord ( $M = 13,51$ ,  $é.t. = 2,76$ ) mais cette différence n'est pas significative. Au second temps de mesure, les élèves du groupe accord présentent, sans que cette différence ne soit significative, davantage de symptômes ( $M = 13,49$ ,  $é.t. = 3,10$ ) que ceux du groupe désaccord ( $M = 11,73$ ,  $é.t. = 4,04$ ). Ensuite à l'aide d'une analyse de variance à mesures répétées, illustrée au tableau 6, nous avons vérifié l'évolution du nombre de symptômes entre les deux temps de mesure en fonction de chaque trouble et du groupe d'appartenance des élèves pour chacun des troubles. Les résultats sur le nombre moyen de symptômes d'un TDAH indiquent un effet principal du temps ( $Pillai's Trace = 0,20$  ;  $F = 38,39$  ;  $p = 0,001$ ) posant une variation significative du nombre de symptômes d'un TDAH chez les élèves deux ans plus tard. En revanche, l'effet de l'interaction temps par groupe n'est pas significatif ( $Pillai's Trace = 0,11$  ;  $F = 1,64$  ;  $p = 0,20$ ).



**Figure 1.**  
Evolution du nombre de symptômes d'un TDAH des élèves selon l'accord ou le désaccord entre informateurs.

L'évolution des symptômes d'un TDAH n'est pas différente chez les élèves dont la présence d'un TDAH suscitait l'accord ou non des enseignants et des parents à l'entrée dans l'étude. La figure 1 ci-dessus, illustre bien ce phénomène en montrant que la réduction des symptômes qui se produit du T1 au T2 (effet temps significatif) est très comparable dans les deux groupes (effet d'interaction groupe par temps non significatif).

Concernant les symptômes d'un TC, les analyses de variance à mesures répétées indiquent un effet principal du temps significatif (*Pillai's Trace* = 0,37 ;  $F = 41,09$  ;  $p = 0,001$ ) sur l'évolution des symptômes du T1 au T2. Il y a de plus un effet d'interaction significatif suggérant que l'évolution du nombre de symptômes d'un TC dans le temps n'est pas la même selon le type de groupe au T1 (accord ou désaccord) (*Pillai's Trace* = 0,08 ;  $F = 5,95$  ;  $p = 0,017$ ).



**Figure 2.**  
**Evolution du nombre de symptômes d'un TC des élèves selon l'accord ou le désaccord entre informateurs.**

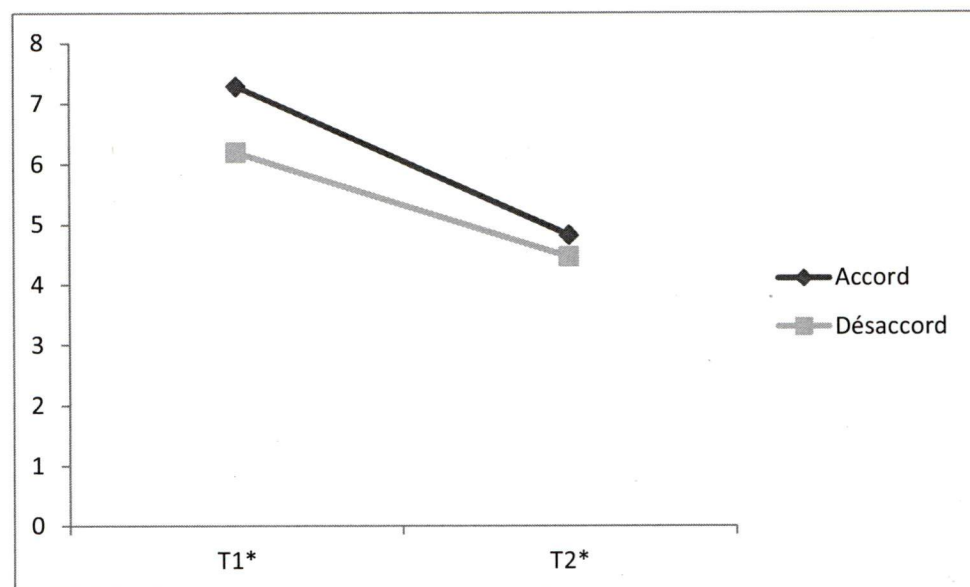
Comme l'illustrent le tableau 6 et la figure 2, le nombre de symptômes TC pour les élèves dont la présence de ce trouble suscitait l'accord entre les informateurs est plus élevé au T1 ( $M = 6,30$ ,  $é.t. = 1,84$ ) que le nombre de symptômes des élèves qui suscitent le désaccord ( $M = 4,13$ ,  $é.t. = 1,15$ ) entre les informateurs ( $t = -2,92$ ,  $p = 0,008$ ). Au T2, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de symptômes d'un TC chez ces deux groupes ( $M = 3,07$ ,  $é.t. = 2,19$  versus  $M = 2,68$ ,  $é.t. = 2,31$ ,  $t = -1,82$ , n.s.).

De plus, le nombre de symptômes d'un TC baisse significativement dans le temps tant dans le groupe avec accord entre les informateurs ( $t = 4,093$ ,  $p = 0,001$ ) que dans le groupe avec désaccord ( $t = 4,65$ ,  $p = 0,001$ ). Cependant, l'effet d'interaction significatif indique que la diminution des symptômes est plus importante dans le temps lorsque les parents et les enseignants s'entendent sur la présence d'un TC chez l'élève que lorsqu'ils sont en désaccord.

Enfin, pour le nombre de symptômes d'un TOP, au premier temps de mesure les élèves du groupe accord ont en moyenne significativement plus de symptômes ( $M = 7,28$ ,  $é.t. = 0,82$ ) que les élèves qui suscitent le désaccord ( $M = 6,19$ ,  $é.t. = 1,39$ ). Au second temps de mesure, les élèves du groupe



accord présentent, sans être significatif, un nombre de symptômes plus important ( $M = 4,82$ ,  $é.t. = 2,49$ ) que ceux du groupe désaccord ( $M = 4,46$ ,  $é.t. = 2,53$ ). L'analyse de variance à mesures répétées révèle qu'il y a eu un effet temps significatif sur le nombre de symptômes manifestés chez les élèves entre le T1 et le T2 ( $Pillai's Trace = 0,44$  ;  $F = 80,72$  ;  $p = 0,001$ ). L'effet d'interaction temps par groupe (Figure 3) montre une légère tendance à ce que la diminution des symptômes soit plus importante dans le temps lorsque les parents et les enseignants sont d'accord sur la présence d'un TOP au T1, mais cet effet n'est que marginal ( $Pillai's Trace = 0,31$  ;  $F = 3,32$  ;  $p = 0,07$ ).



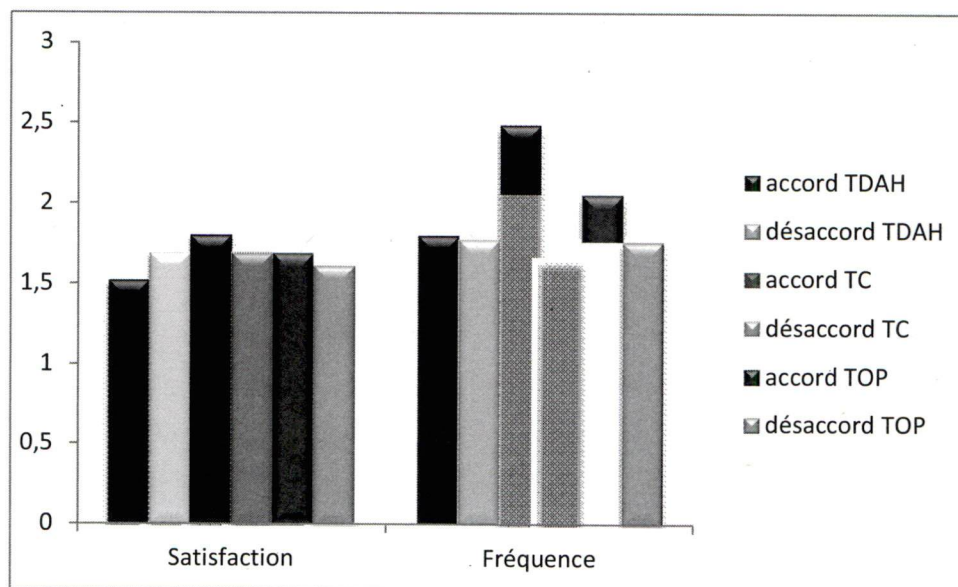
**Figure 3.**  
**Evolution du nombre de symptômes d'un TOP des élèves selon l'accord ou le désaccord entre informateurs.**

Les résultats de ces trois analyses indiquent donc que le nombre total de symptômes de chacun des trois troubles (TDAH, TC et TOP) diminue significativement dans le temps qu'il y ait présence d'un accord ou non entre les différents informateurs (que ce soient les parents, les enseignants ou les deux à la fois qui identifient les difficultés). Par contre, en ce qui a trait au TC et, dans une certaine mesure au TOP, il apparaît que les changements à l'entrée dans l'étude et 24 mois plus tard ne sont pas de la même importance dans les deux groupes. En effet, il y a une baisse systématiquement plus importante du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP lorsque les parents et

les enseignants reconnaissent tous les deux la présence de ces troubles chez l'élève (groupe accord) comparativement aux élèves pour lesquels les parents et les enseignants sont en désaccord quant à la présence d'un trouble (groupe désaccord).

#### 4. Fréquence des services et niveau de satisfaction à leur égard en fonction de la présence ou non d'un accord sur la présence d'un trouble

Le quatrième objectif de cette étude de type exploratoire visait à comparer le niveau de satisfaction des parents (allant de 1 « très satisfaisant » à 4 « très insatisfaisant ») et la fréquence moyenne des services éducatifs reçus durant une période de 24 mois (1 = plus d'une fois par semaine, 2 = une fois par semaine, 3 = entre une et trois fois par mois, 4 = moins d'une fois par mois) en fonction de la présence ou de l'absence d'un consensus inter-informateurs sur la reconnaissance d'un trouble perturbateur chez les élèves. Des *t*-tests pour groupes indépendants (accord/désaccord) ont été réalisés pour chacun des trois troubles et sont présentés à la figure 4.



**Figure 4.**  
**Comparaison de la fréquence et de la satisfaction des services éducatifs reçus en fonction de la présence ou non d'un consensus inter-informateurs sur un TDAH, un TC et un TOP.**

Les résultats des analyses comparatives indiquent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative en ce qui a trait à la satisfaction des parents à l'égard des services reçus et le fait d'être en accord ou non sur la présence d'un TDAH ( $t(244) = 1,49, p = 0,14$ ), d'un TC ( $t(111) = -0,51, p = 0,61$ ) ou d'un TOP ( $t(176) = -0,51, p = 0,61$ ).

En prenant en compte la fréquence moyenne des services reçus pour les élèves présentant un TDAH, les résultats de cette thèse posent que la fréquence des services reçus sur une période de 24 mois n'est pas significativement différente en fonction de la présence ou non d'un accord entre les informateurs ( $t(246) = -0,17, p = 0,86$ ). Similairement dans le cas d'un TOP, il n'y a pas davantage ou moins de services dispensés ( $t(176) = -1,72, p = 0,08$ ) lorsque les parents et les enseignants sont en accord ( $M = 2,05, SE = 0,14$ ) que lorsqu'ils sont en désaccord ( $M = 1,76, SE = 0,10$ ). Par contre, pour les élèves manifestant un TC, la fréquence des services reçus en milieu scolaire est significativement supérieure ( $t(112) = -3,39, p = 0,001$ ) lorsqu'il y a présence d'un accord ( $M = 2,48, SE = 0,20$ ) entre les informateurs que dans les cas d'un désaccord ( $M = 1,64, SE = 0,11$ ).

##### **5. Effet médiateur de la fréquence des services reçus entre le consensus inter-informateurs et la diminution des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP dans le temps.**

Précédemment nous avons constaté qu'il y avait une baisse systématique du nombre de symptômes des élèves que les parents et les enseignants reconnaissent tous les deux ou non la présence d'un trouble perturbateur chez l'enfant. Puisque le nombre de services reçus par l'enfant ne variait pas selon les taux d'accord pour le TDAH ou le TOP mais uniquement pour le TC. Ces résultats nous amènent à nous demander si la fréquence des services reçus peut influencer les taux d'accord entre informateurs qui agissent à leur tour sur la diminution des symptômes dans le temps. C'est l'hypothèse du dernier objectif de cette étude posant que le nombre de services agirait en tant que médiateur, c'est-à-dire qu'il aurait un effet dans la relation entre la



présence d'un accord entre les parents et les enseignants et le nombre des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP des élèves 24 mois plus tard.

Pour mieux comprendre les mécanismes d'influence entre les variables, Baron et Kenny (1986) proposent une démarche séquentielle d'analyse. Suivant leur procédure quatre étapes sont requises pour analyser l'effet de médiation : 1) montrer que les liens entre la variable indépendante principale (taux d'accord/désaccord) et les variables dépendantes (différence du nombre de symptômes entre T1 et T2) sont significatifs dans une première équation de régression afin de s'assurer de l'existence d'un impact à médialiser ; 2) tester ensuite l'effet de la variable indépendante sur la variable médiatrice (fréquence des services) dans une seconde équation de régression ; 3) vérifier les liens entre la variable médiatrice et les variables dépendantes lorsqu'elles sont entrées dans une troisième équation de régression ; 4) pour la dernière étape, effectuer une comparaison pour déterminer s'il y a une réduction de l'effet de la variable indépendante sur les variables dépendantes dans la troisième équation en comparaison avec la seconde équation. Cela consiste en l'intégration de la variable indépendante et de la variable médiatrice comme prédicteurs de la variable dépendante. La méthode statistique utilisée est celle des régressions multiples de type hiérarchique (voir tableau 7).

**Tableau 7**  
**Trajectoires prédisant l'accord entre informateurs et l'évolution des troubles à partir de la fréquence des services.**

	Trajectoires		B	p
1.	Accord	Différence T2-T1 TDAH	0.22	0.00
	Accord	Différence T2-T1 TC	0.26	0.00
	Accord	Différence T2-T1 TOP	0.29	0.00
2.	Accord	Fréquence services	0,10	0.10
3.	Fréquence services	Différence T2-T1 TDAH	0.04	0.56
	Fréquence services	Différence T2-T1 TC	0.37	0.60
	Fréquence services	Différence T2-T1 TOP	0.02	0.76

Au regard des résultats illustrés au tableau 8, les coefficients obtenus dans la première étape sont significatifs. Comme nous l'avons vu précédemment (objectif 3), les taux d'accord prédisent l'évolution des comportements. La seconde condition de la procédure de Baron et Kenny (1998) n'a pas été remplie puisque l'équation de régression montre qu'il n'y a aucun lien significatif entre la fréquence des services et les taux d'accord pour les différents troubles. Concernant la troisième étape, les résultats révèlent que la fréquence des services ne prédit pas significativement l'amélioration d'un TDAH, d'un TOP ou d'un TC au second temps de mesure. Comme les trois premières conditions de la procédure n'ont pas été remplies, aucun effet de médiation n'est observé. Ainsi, la fréquence des services reçus n'explique pas les effets des accords sur la diminution des symptômes dans le temps.

## CINQUIEME CHAPITRE - DISCUSSION

Précédemment nous avons vu que pour relever le défi de l'intégration des élèves à risque et viser des réponses mieux adaptées, il est recommandé de considérer la présence des symptômes de comportements perturbateurs dans les deux principaux contextes de vie de l'enfant, soit l'école et la maison (APA, 2000). Cette stratégie d'évaluation inter-informateurs est souvent associée au succès d'une intervention comme le rappellent les défenseurs des approches multisystémiques (Taylor, Claytor et Rowley, 2004 ; Webster-Stratton, Reid et Hammond, 2001), pour qui une des clés du fonctionnement d'un enfant réside dans le fait que les parents et les enseignants possèdent une compréhension mutuelle de ses difficultés et engagent leur coresponsabilité à l'égard de son développement social. Le faible taux d'accord entre les parents et les enseignants a été documenté à plusieurs reprises par le passé mais les répercussions d'un désaccord sur la prise en charge et la trajectoire des enfants manifestant les comportements perturbateurs ont été jusque-là peu explorées. En réalisant cette étude nous cherchions à apporter des connaissances sur le consensus parents et enseignants quant aux troubles de comportement chez l'élève et ses possibles associations avec les caractéristiques de l'enfant, du parent et de l'environnement socio-familial, l'évolution des troubles 24 mois plus tard, la fréquence des services reçus par l'enfant et la satisfaction des parents à l'égard de ces services. La prise en compte de ces liens est potentiellement utile pour la planification et l'organisation des services.

### **1. LES DIFFÉRENCES ENTRE LES ÉVALUATIONS DES PARENTS ET DES ENSEIGNANTS SUR LA PRESENCE D'UN TROUBLE DE COMPORTEMENT CHEZ L'ÉLÈVE.**

L'accord ou le désaccord entre les parents et les enseignants rapportant les troubles de comportement d'élèves du primaire est au cœur de la présente recherche et a fait l'objet d'un premier objectif. Tout d'abord, quand on observe la fréquence des troubles de comportement chez les élèves de notre échantillon, on remarque que 17,3 % des élèves sont évalués tant par les



parents que par les enseignants comme n'ayant aucun des trois troubles. Rappelons que pour faire le diagnostic d'un trouble certains critères doivent être respectés. Ainsi, pour la présence d'un TC, l'élève doit minimalement commettre un délit (destruction de biens, effraction) ou une agression. Pour un TDAH, il faut nécessairement la présence de six symptômes persistants pendant au moins six mois, et de quatre symptômes sur huit pour un TOP. Il se pourrait alors que les symptômes manifestés par certains élèves ne soient pas toujours suffisamment graves pour rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble tels qu'ils sont décrits dans le manuel de l'APA (2000) et pour être repérés par les informateurs.

Dans un deuxième temps, on note que 82,7 % des élèves manifestent au moins un trouble (TDAH, TC, TOP) selon l'évaluation des parents ou celle des enseignants. Toutefois, il n'y a que 52,8 % de ces élèves qui suscitent un accord entre les parents et les enseignants quant à la présence d'un trouble perturbateur. En d'autres termes, cela signifie que quatre élèves sur cinq qui reçoivent un service de soutien spécialisé en milieu scolaire primaire, présentent un trouble de comportement selon l'un ou l'autre des informateurs mais que seulement dans la moitié des cas, les parents et les enseignants s'entendent sur la présence d'au moins un trouble perturbateur chez l'élève. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs méta-analyses (Achenbach *et al.*, 1989 ; Cai *et al.*, 2004b ; Renk et Phares, 2004) mentionnant un consensus plutôt faible entre les parents et les enseignants sur la présence d'un trouble perturbateur chez l'élève. Nombre de travaux empiriques rapportent des écarts de perception entre informateurs sur les comportements de l'enfant que la méthode d'évaluation utilisée soit celle des versions parents-enseignants de l'Achenbach (Cai *et al.*, 2004a, 2004b ; Roussos *et al.*, 2004 ; Youngstrom *et al.*, 2000) ou du *DISC* (Mitsis *et al.*, 2000).

Dans la présente étude nous constatons également une variation des taux d'accord en fonction des différents troubles évalués. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la présence d'un TC pour lequel il y a

82,4 % de désaccord entre les parents et les enseignants. Les taux de désaccord entre informateurs sont respectivement de 66 % pour le TOP puis de 65,5 % pour le TDAH. En évaluant une population d'adolescents, Van der Ende et Verhulst (2005) ont obtenu des résultats assez similaires pour le TDAH à partir des versions parents et enseignants de l'Achenbach mais une entente inter-informateurs sensiblement plus faible pour les comportements agressifs et délinquants. L'âge des sujets pourrait, comme nous le verrons plus loin, être associé aux évaluations et expliquer ces différences de résultats.

Un intérêt de cette recherche est d'analyser l'accord entre les parents et les enseignants sur les symptômes agressifs et non agressifs du TC. Peu d'études font cette distinction alors que les descriptions du *DSM-IV-TR* (APA, 2000) différencient les enfants portés à l'agressivité directe et à la destruction de ceux qui manifestent une agressivité indirecte (fraude ou violation grave des règles établies). Nos résultats posent que les parents et les enseignants s'entendent sensiblement moins (taux d'accord à 15,9 %) sur les manifestations visibles de comportements agressifs tels que les bagarres, les menaces, l'intimidation que sur l'ensemble des symptômes du TC incluant les symptômes non agressifs (vols, fugues) pour lesquels le taux d'accord est de 17,6 %. Ces conclusions ne diffèrent pas de celles obtenues avec les échelles d'Achenbach par Ollendick *et al.* (2009) auprès d'une population d'enfants américains.

Les résultats de notre étude soulignent également que le taux d'accord obtenu pour le TDAH de sous-syndrome inattentif est légèrement plus faible (9,7 %) que le taux d'accord obtenu pour le sous-syndrome mixte ou hyperactif (24,2 %). Plusieurs auteurs (Mitsis *et al.*, 2000 ; Murray-Close *et al.*, 2007) ont relevé des corrélations plus élevées pour le sous-syndrome mixte ou hyperactif que pour le type inattention en suggérant que le caractère concret et dérangeant des symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité faciliterait leur repérage tant pour les parents que pour les enseignants. En revanche, Antrop *et al.* (2002) ont trouvé des résultats inverses, soit que les parents et les enseignants s'entendent



davantage sur les symptômes d'un TDAH de type inattentif que de type mixte ou hyperactif. Il est possible que dans leur échantillon constitué uniquement d'élèves présentant un TDAH et pour la moitié d'entre eux sous médication, la prise de médicaments modifie l'expression des symptômes et par voie de conséquence l'évaluation, mais cela reste à tester.

En ce qui concerne le TOP, ce dernier suscite 66 % de désaccord entre les parents et les enseignants dans notre échantillon. Des résultats similaires ont été trouvés par Antrop et ses collègues (2002) posant un accord modéré entre informateurs sur un TOP chez des enfants issus d'un échantillon clinique évalué avec un questionnaire construit à partir du *DSM-IV-TR*. Parce que ce trouble émerge tôt dans la vie de l'enfant (Moffitt, 2007) et que ces symptômes, à savoir les contestations et les crises de colère chez l'enfant, seraient facilement observables, ils soulèvent l'attention des adultes dès les premières interactions et seraient assez faciles à évaluer objectivement (Angold et Costello, 2001 ; Nock, Kazdin, Hiripi et Kessler, 2007).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les différences entre les perceptions des informateurs sur les différents troubles. Elles concernent la prévalence des troubles, les caractéristiques de l'enfant, le contexte dans lequel les comportements apparaissent et les erreurs de mesure des outils.

Les écrits portant sur la prévalence des troubles montrent que, dans les échantillons des élèves dépistés à l'école pour les troubles de comportement le TDAH demeure souvent le trouble le plus fréquemment rencontré (Déry, Lapalme et Yergeau, 2005 ; Mattison et ses collègues, 2002). Cette fréquence le rendrait plus facile à détecter tant pour le parent que pour l'enseignant et pourrait augmenter l'accord entre les informateurs. Au primaire, il n'est pas rare que les élèves qui reçoivent des services présentent une conjonction de troubles de nature antisociale (Déry *et al.*, 2004). En effet, Lahey et ses collègues (2000) ont observé que 80 % des garçons diagnostiqués avec les



symptômes d'un TC rencontrent aussi les symptômes d'un TOP. De plus, la plupart des élèves qui ont un TC et un TOP manifeste en plus un TDAH (Déry *et al.*, 2004). L'association des troubles d'un TDAH et d'un TC est également fréquente (Gadow et Nolan, 2002), tout comme l'est celle d'un TDAH et d'un TOP (Egger et Angold, 2006). Bien que tous les élèves n'aient pas de problèmes concomitants (Loeber, Burke et Pardini, 2009), il est probable que les enfants, suscitant le plus de consensus entre les parents et les enseignants, soient ceux qui présentent très souvent plus d'un trouble. La concomitance des troubles influencerait le consensus inter-informateurs.

En outre, l'expression des troubles varie énormément aux différentes périodes de développement des enfants. Dans notre échantillon les sujets sont âgés de 5,7 ans à 13,5 ans. Les problèmes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité propres à un TDAH sont nombreux chez les enfants de cet âge. Tout comme le sont les symptômes d'hostilité, de provocations et de désobéissance caractéristiques d'un TOP (APA, 2000). En revanche, les comportements criminels et délinquants d'un TC sont plus le fait des adolescents (Lahey *et al.*, 2000 ; Maughan *et al.*, 2004) et seraient probablement plus difficiles à détecter tant par les parents que par les enseignants ou les enseignantes. Du fait de la prévalence de leurs symptômes, le TDAH et le TOP génèreraient un accord plus élevé entre les parents et le personnel enseignant. Des résultats similaires sont obtenus dans divers travaux qu'ils soient conduits auprès d'enfants diagnostiqués avec un trouble déficitaire de l'attention (Antrop *et al.* 2002 ; Mitsis *et al.*, 2000) ou auprès d'échantillons représentatifs de la population normale (Wolraich *et al.*, 2004).

Le comportement de l'enfant évalué à partir des situations familiales pourrait ne pas correspondre à celui évalué à partir des situations scolaires (Gadow et Nolan, 2002 ; Van der Oord, Prins, Oosterlaan et Emmelkamp, 2006). Comme nous l'avons mentionné précédemment, le comportement résulte des multiples interactions qui ont lieu entre un enfant et son environnement (Sameroff, 2009). L'école exige une attention soutenue, un

effort mental et une vie en collectivité qui obligent l'enfant à se conformer à la structure et au rythme du groupe, à se confronter à ses pairs et à des règles qui sont autant d'agents de stress contribuant à une augmentation du nombre de symptômes dans ce lieu de vie (Burke *et al.*, 2002b). Par conséquent, les enfants seraient plus susceptibles de manifester les comportements d'inattention et d'impulsivité en présence de leurs enseignants ou de leurs enseignantes qu'en présence de leurs pères ou de leurs mères. Ces comportements qui gênent les apprentissages et interfèrent sur la routine de la classe deviendraient alors plus faciles à détecter à l'école qu'à la maison (De Los Reyes et Kazdin, 2005). De leur côté, les parents se basant sur le fonctionnement de l'enfant à la maison (De Nijs *et al.*, 2004) pourraient tout simplement ne pas être conscients des difficultés de leur enfant ou encore ils pourraient minimiser les problèmes d'inattention, les bagarres ou les transgressions de leur enfant qui manifesterait selon eux des comportements analogues à ceux des enfants de l'entourage. Il en résulte que même si deux informateurs utilisent des échelles de comportement standardisées, du fait des différences de contexte qui induiraient des changements dans les comportements de l'enfant il n'y a pas d'accord entre parents et enseignants (Achenbach, 2006 ; Gross *et al.*, 2004 ; Konold *et al.*, 2004 ; Kraemer *et al.*, 2003). Dans notre étude, nous avons utilisé les réponses des parents quant aux troubles perturbateurs versus celles des enseignants, mais nous savons que lorsque les adultes (une paire parent/parent ou enseignant/enseignant) rapportent des observations d'un même enfant faites dans un même contexte (consensus inter-juges) le coefficient de corrélation moyen entre observateurs est plus fort (De Nijs *et al.*, 2004 ; Gresham *et al.*, 2010) que celui obtenu sur différentes situations (école ou maison). Ces données traduisent l'impossibilité pour le parent de fournir une information sur les troubles de l'enfant indépendamment de sa vision des symptômes à la maison et réciproquement pour l'enseignant indépendamment de ce qui se passe à l'école. Chaque informateur a sa propre perspective pour appréhender les troubles de comportement de l'enfant et lorsque deux observateurs ne partagent pas le contexte d'observation une diminution systématique de l'accord est observée.



Les enseignants et les enseignantes ne sont pas sensibles au même type de symptômes que les parents parce que c'est sur une base subjective que se construit l'évaluation des comportements de l'enfant (Aaroe et Nelson, 2000 ; Loeber *et al.*, 2000). Chaque adulte stipule directement ou indirectement comment l'enfant est censé se comporter dans la famille, à l'école ou au-delà et qualifie un enfant d'agité, de désobéissant ou d'agressif en le situant par rapport à une norme à laquelle il se compare plus ou moins consciemment. Au sein d'une famille, la tolérance à l'égard de l'agitation motrice, de l'opposition ou de l'inattention d'un jeune enfant peut être supérieure à celle de l'enseignant ce qui pourrait les inciter à sous-évaluer les symptômes de leurs enfants. De plus, les pères et les mères pourraient penser que s'ils rapportent davantage de difficultés à la maison que ne le font les enseignants ou enseignantes à l'école, la cause des problèmes de leur enfant pourrait être attribuée à leurs pratiques éducatives inefficaces ou inconsistantes. Par conséquent, il est probable que pour éviter d'être critiqués ou considérés comme plus permissifs ou inconsistants que les parents des enfants pro-sociaux, certains parents très conscients des comportements extériorisés de leurs enfants les dissimulent dans leur évaluation. Dans notre échantillon, la tendance des mères à juger moins sévèrement les troubles de comportement que les enseignants ou enseignantes semble le confirmer, mais ce décalage nous incite surtout à penser qu'il est délicat de qualifier la fréquence d'un comportement. Sur une échelle de Likert le « souvent vrai » pour une personne peut correspondre au « rarement » chez une autre. Les enfants manifestent différents types de troubles et certains symptômes ne seraient pas immédiatement identifiables pour tous les informateurs. Youngstrom et son équipe (2000) concluent que les parents tendent à évaluer tous les comportements dérangeants de leur enfant comme étant sérieux sans distinguer ceux qui sont importants de ceux qui ne le sont pas. Le personnel enseignant qui se référerait non seulement à une entité clinique, mais se baserait également sur les caractéristiques « relatives » d'un élève (c'est-à-dire par rapport à celles des autres élèves de la classe) plutôt que sur ses caractéristiques « absolues » (Maas, 2000) aurait une approche plus



normative et une meilleure connaissance des différents types de symptômes de comportements perturbateurs des élèves (Konold *et al.*, 2004). Cela ne reflète pas pour autant que leur dépistage des troubles de comportement soit meilleur car le rôle que les enseignants ou les enseignantes jouent dans la vie de l'élève et les attentes dues à la spécificité de ce rôle (Konold et Pianta, 2007) pourraient les inciter à se focaliser de manière quasi exclusive sur les symptômes des enfants, quitte à les surévaluer. Norwich et ses collègues (2002) indiquent que les enfants avec un trouble de l'opposition avec provocation sont jugés par les enseignants et les enseignantes comme ayant aussi des problèmes d'impulsivité et labellisés comme présentant plus facilement un trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité que les autres enfants. L'influence du choix implicite d'un milieu de référence sur l'évaluation serait importante, toutefois nous ne disposons pas de résultats scientifiques actuellement au sujet d'un potentiel lien entre la tendance de l'un ou l'autre des informateurs à surévaluer ou à sous-évaluer les symptômes des enfants et le consensus inter-répondant.

En somme, nos résultats précisent, conformément aux travaux déjà conduits sur ce sujet (Fortin et Strayer, 2000 ; Place *et al.*, 2000), que l'accord entre les parents et les enseignants est faible ou modéré en ce qui concerne les troubles de comportement des élèves. De plus, le consensus entre informateurs est plus élevé sur un TDAH et un TOP, possiblement parce que ce sont des comportements observables plus faciles à évaluer dans les deux milieux de vie de l'enfant, qu'un TC. Ces taux de désaccord élevés sur la présence d'un trouble seraient prévisibles, dans la mesure où les différents informateurs décrivent les comportements des enfants dans des contextes différents (Cai *et al.*, 2004b). En outre, l'évaluation des comportements des enfants faite simultanément par les parents et les enseignants nécessite des questionnaires qui ne sont pas des mesures objectives du comportement de l'enfant puisqu'ils reflètent les perceptions que les adultes ont des difficultés des élèves dans les lieux dans lesquels ils interagissent avec eux (Kraemer *et al.*, 2003 ; Lewis, 2000). Les attentes de l'informateur, son type de relation à l'enfant due à la spécificité de son rôle expliqueraient les écarts de perception entre

informateurs (Cai *et al.*, 2004b ; Hudley, Wakefield, Britsch, Cho, Smith et DeMorat, 2001 ; Maas, 2000) mais d'autres recherches sont requises à l'avenir pour vérifier comment ces différences d'interactions, de normes et de priorités influenceraient la prévalence des troubles et seraient associées ou non au consensus entre informateurs.

## **2. LE LIEN ENTRE LES DIVERSES CARACTÉRISTIQUES DES ÉLÈVES ET LA PRÉSENCE D'UN ACCORD ET/OU D'UN DÉSACCORD ENTRE INFORMATEURS**

Telles que décrites dans la recension des écrits, des études portent sur les caractéristiques individuelles et environnementales pouvant influencer les informateurs dans leurs évaluations des troubles de comportement perturbateurs. L'âge et le sexe des enfants et des parents, le cheminement scolaire de l'enfant, la santé mentale du parent, la composition familiale, le niveau de pauvreté, le statut marital ou encore le niveau d'éducation du parent peuvent être associés à l'évaluation des troubles et à l'entente ou non entre informateurs quant à leur présence. En conséquence, nous nous sommes intéressés ici aux relations pouvant exister entre la reconnaissance ou non d'au moins un trouble perturbateur (soit un TC, un TOP, un TDAH) par les informateurs et certaines caractéristiques de l'élève, du parent répondant et de la famille.

Parmi les caractéristiques propres à l'enfant, nos résultats indiquent que le taux de désaccord entre les parents et les enseignants sur la présence d'au moins un trouble perturbateur tend à augmenter légèrement avec l'âge des enfants (âge moyen de 9 ans 6 mois pour l'accord et de 10 ans pour le désaccord). Toutefois, bien que statistiquement significative, la différence d'âge entre les deux groupes est faible. D'autres travaux menés en population générale obtiennent des résultats similaires aux nôtres en posant que les valeurs des coefficients de corrélation entre les parents et les enseignants sont plus élevés pour les enfants de 6 à 11 ans que pour les jeunes de 12 à 19 ans (Campell, 2002 ; Lahey *et al.*, 2000; Van Der Ende et Verhulst, 2005). L'hypothèse explicative la plus plausible serait que les symptômes de



comportements perturbateurs ne se manifesteraient pas de manière identique aux mêmes âges. Dans cette tranche d'âge de 6 à 12 ans, les comportements de l'enfant seraient les plus constants dans les deux milieux de vie et les plus faciles à observer. En revanche, en avançant dans leur adolescence, les jeunes passent probablement moins de temps avec les parents ou les enseignants. Il devient alors moins aisé pour les adultes de fournir une information sur le comportement du jeune ; ce qui pourrait influencer l'évaluation des difficultés et conduirait à la présence d'un désaccord entre les informateurs. De plus, plusieurs études portant sur de larges échantillons d'enfants (Coté, Vaillancourt, Barker, Nagin et Tremblay, 2007 ; Lahey *et al.*, 2000 ; Maughan *et al.*, 2004) montrent que les comportements agressifs directs, telles que les bagarres avec les pairs, l'hyperactivité, cessent graduellement avec le temps tandis que les comportements d'agressivité indirecte définis par tout comportement de médisance et d'ostracisme visant à blesser quelqu'un sans avoir recours à la violence physique, croissent avec l'âge. Si la socialisation passe par l'apprentissage du recours à l'agressivité indirecte plutôt que par la violence physique, il se pourrait que la nature plus cachée des comportements rende leur observation plus difficile et amène une augmentation des divergences dans les évaluations entre les parents et les enseignants. Seulement, les analyses longitudinales manquent pour savoir si l'entente entre les parents et les enseignants quant à la présence d'un trouble perturbateur change effectivement dans le temps.

Les résultats de notre étude montrent que le taux d'accord ou de désaccord entre les parents et les enseignants n'est pas associé au sexe de l'enfant. D'autres auteurs (Cai *et al.*, 2004b ; De Los Reyes et Kazdin, 2005) arrivent à la même conclusion. Cependant ces constats sont plutôt intrigants au regard des recherches menées jusqu'à présent (Archer et Coyne, 2005 ; Crick et Zahn-Waxler, 2003 ; Lahey *et al.*, 2000 ; Moffitt, 2003 ; Ohan et Johnston, 2005) établissant que le sexe de l'enfant pourrait modifier le nombre de troubles rapportés et serait susceptible d'influer les évaluations des informateurs. Dans les échantillons, le nombre de garçons présentant les



symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP seul ou en comorbidité est supérieur à celui des filles (Allès-Jardel et Mouraille, 2003, Maughan *et al.*, 2004). Pour autant cela ne signifie pas que les garçons ont des troubles plus sévères que ceux des filles mais leur expression varie. En effet, les filles subiraient une forme de pression sociale qui les dissuaderait plus jeunes comparativement aux garçons de toutes conduites agressives directes (Côté *et al.*, 2007). Par ailleurs, les parents feraient plus d'efforts pour inciter les filles à développer leurs habiletés langagières alors qu'ils proposeraient des jeux plus turbulents et d'interaction physique pour les garçons (Keenan et Shaw, 2003). Par conséquent, les filles montreraient plus de conduites agressives indirectes telles que des comportements de médisance et d'ostracisme que les garçons qui manifesteraient quant à eux davantage de comportements directs tels que la violence, les conflits avec les pairs, l'hyperactivité et l'irritabilité. Il n'est alors pas surprenant que les comportements indirects des filles soient moins détectés que les comportements directs des garçons et amènent dans les études empiriques des différences entre informateurs dans l'évaluation selon le sexe des enfants.

En ce qui concerne l'effet des caractéristiques scolaires, un taux d'accord plus grand est observé dans notre étude pour les troubles des élèves sans aucun retard que pour ceux des élèves avec un retard scolaire. Ces données laissent supposer que les échecs répétés et les retards scolaires pourraient progressivement éloigner les parents de leur enfant et augmenter les écarts de perception avec les enseignants. Paradoxalement, si les adolescents au cheminement scolaire particulier présentent plus de difficultés de comportement comparativement à ceux qui sont en classes ordinaires (Deslandes, Leclerc et Doré-Coté, 2001), nous ne pouvons étayer la façon dont le fonctionnement scolaire du jeune est lié au consensus entre informateurs. Des études complémentaires sur la façon dont le cheminement scolaire associé à la prévalence des comportements perturbateurs des enfants influencerait l'évaluation des difficultés au point de favoriser un consensus inter-informateurs, pourraient donner des éléments de comparaison intéressants.

Les données empiriques sont abondantes sur les associations entre les troubles émotionnels ou l'état mental des parents et les écarts de perception entre divers informateurs dans la description des difficultés d'un enfant. Beaucoup d'études (Chi et Hinshaw, 2002 ; Najman *et al.*, 2000 ; Querido *et al.*, 2001) corroborent nos résultats et posent que l'accord entre informateurs est associé au nombre de symptômes dépressifs rapportés par le parent. A cet égard, plusieurs auteurs (Chi et Hinshaw, 2002 ; Collishaw *et al.*, 2009 ; Grietens *et al.*, 2004 ; Treutler et Epkins, 2003) évoquent l'hypothèse de distorsion liée à la dépression, impliquant que plus le parent a de symptômes dépressifs, plus il devient sévère dans son évaluation et se rapprocherait des seuils de l'enseignant, en augmentant les chances d'un accord entre informateurs. Il est aussi possible que les élèves dont les mères présentent des symptômes dépressifs soient exposés à des conditions familiales plus difficiles que les autres élèves dont les mères ne montrent pas de symptôme dépressif. Ces conditions familiales incluant plus d'instabilité, de pratiques éducatives inadéquates et d'attitudes négatives voire de mauvais traitements à l'égard de l'enfant augmenteraient le nombre et la sévérité des troubles chez les enfants tant à la maison qu'à l'école (Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza et Blumenthal, 2004 ; Kim-Cohen *et al.*, 2005 ; Tremblay, 2003) et réduiraient le désaccord entre les parents et les enseignants.

Au regard des caractéristiques du répondant principal, nos résultats font ressortir un plus fort taux de désaccord chez les parents les plus âgés. A notre connaissance, l'âge des parents n'est pas une caractéristique étudiée car c'est une variable qui aurait davantage un effet médiateur que direct sur l'entente entre informateurs. A titre d'exemple, les résultats de Korold et Pianta (2007) suggèrent que le consensus inter-informateurs est influencé par le rôle que ce répondant joue dans la vie de l'enfant. Il n'est probablement pas réaliste d'attendre que ce rôle et les attitudes parentales qui en découlent soient identiques à des âges différents. En avançant en âge, les parents auraient plus d'enfants mais également moins de patience pour faire face à leurs



comportements d'hostilité, de provocation et de désobéissance. Par conséquent, ils pourraient devenir plus exigeants et sévères avec leur enfant, ce qui les conduirait à surévaluer certaines des difficultés de celui-ci en les éloignant des perceptions des enseignants et des enseignantes qui eux ne considéreraient pas ces mêmes comportements comme des problèmes sérieux mais comme des expressions normales d'autonomie. Par ailleurs, les attitudes des parents, surtout leur disponibilité et leur implication auprès de leur enfant, exercent une influence dans l'évaluation des comportements (Van der Ende, 1999). Il est probable que le temps passé avec l'enfant et la disponibilité ne soient pas identiques selon l'âge du parent, cela aurait alors un effet indirect sur l'entente entre informateurs quant à l'évaluation des comportements des élèves. Pour déterminer l'effet médiateur de l'âge sur le lien entre l'implication parentale et le consensus entre informateurs de nouvelles études devraient être menées.

Le contexte relationnel qui regroupe les variables familiales est associé aussi à l'entente entre les informateurs rapportant les troubles perturbateurs. Dans notre étude, le taux de désaccord est plus élevé dans les structures familiales de type intacte que dans les structures familiales de type non intacte (recomposées ou monoparentales). Jusqu'à présent aucune étude ne s'est intéressée au potentiel lien entre la structure familiale et l'évaluation des troubles par différents informateurs. Néanmoins, les travaux sur le divorce de Forman et Davies (2003) montrent que les discordes maritales amplifieraient le stress et les dysfonctionnements de la famille, ce qui exercerait une distorsion sur la façon d'évaluer les comportements et augmenterait l'accord entre informateurs. Plus particulièrement, les mères stressées à cause de discordes maritales percevraient davantage de problèmes d'attention et d'impulsivité, de comportements déviants, notamment une augmentation de la consommation de drogues chez leurs enfants que les autres mères (Heckel, Clarke, Barry, McCarthy et Selikowitz, 2009). Par ailleurs, si un enfant vit avec des parents divorcés, il est probable que, placé au centre d'interactions négatives avec ses parents et de situations conflictuelles, chaotiques, il présente plus de symptômes d'inattention et d'hyperactivité caractéristiques d'un TDAH ou de



manifestations d'hostilité et de désobéissance associées à la présence d'un TOP qu'un enfant vivant avec ses deux parents biologiques (Biederman *et al.*, 2002 ; Forman et Davies, 2003 ; Heckel *et al.*, 2009 ; Hurtig, Ebeling, Taanila, Miettungen et Smalley, 2007). Les discordes maritales amplifieraient le nombre de comportements négatifs, provocateurs, d'inattention et d'impulsivité des enfants tant à la maison qu'à l'école. Par conséquent, cela favoriserait le consensus entre les parents et les enseignants sur les difficultés des enfants issus de ces familles non intactes.

Concernant les statuts socioéconomiques et le lieu de résidence des familles, il ressort de la recension des écrits sur les facteurs de risque sociaux (Chi et Hinshaw, 2002 ; Ladd, Buhs et Troop, 2002) que les élèves issus de minorité ou de classes socioéconomiques faibles sont perçus par les enseignants et les enseignantes comme présentant plus de troubles de comportement que les autres élèves. Rappelons que dans notre étude, l'ethnie de l'élève n'a pas pu être prise en compte puisque très peu de différences existaient sur ce plan dans la population d'élèves des commissions scolaires participantes. L'évaluation serait en revanche influencée par le statut socioéconomique de la famille (Collishaw *et al.*, 2009). De même, les conditions de pauvreté augmenteraient la mobilité au plan résidentiel, elle-même reliée aux problèmes de comportement de l'enfant (Toupin, Pautzé, Yergeau, Déry, Fortin et Mercier, 2003). Ces conditions de pauvreté, la fréquence des déménagements et des changements d'école introduiraient une source d'erreur dans les évaluations des parents et des enseignants qui serait susceptible de générer des écarts de perception entre les informateurs sur les troubles perturbateurs de l'enfant. De manière générale, le contexte dans lequel l'enfant est évalué jouerait un rôle sur le consensus entre informateurs et les élèves cumulant plusieurs facteurs de risques généreraient un désaccord inter-répondants. Nos résultats ne viennent pas en appui à de telles observations car ni les changements (familiaux, changement d'écoles ou déménagements) ni le niveau social des familles ne sont associés au consensus entre parents et enseignants sur les troubles de comportement des élèves. Chi et Hinshaw

(2002) avaient déjà fait ce constat en rapportant que les statuts socioéconomiques n'étaient associés à un désaccord entre informateurs que lorsque la psychopathologie d'un parent était elle aussi prise en compte dans les évaluations, ce qui laisse supposer que le poids de la variable socioéconomique n'a pas un effet direct sur la présence d'une entente entre parent et enseignant, mais que l'isolement social pourrait altérer davantage la présence d'un accord entre les informateurs.

Nombre d'auteurs partagent l'idée que les caractéristiques de l'enfant, celles du parent mais également celles du milieu familial influeraient le consensus entre les parents et les enseignants parce que, comme nous l'avons mentionné précédemment, chaque informateur qualifie ce que fait l'enfant à la lumière d'une norme à laquelle il se compare plus ou moins consciemment, selon son histoire personnelle, son vécu, ou son milieu socioculturel. Toutefois, un des points novateurs de cette recherche est d'évaluer la contribution spécifique de chacune de ces caractéristiques de l'enfant, du parent et de l'environnement socio-familial sur la présence d'un accord entre les parents et les enseignants. A cet effet, une régression logistique a été réalisée en introduisant les caractéristiques qui différenciaient significativement les élèves ayant un accord entre les informateurs sur la présence d'au moins un trouble perturbateur. Les résultats de cette analyse révèlent que seules deux variables contribuent significativement à prédire cet accord. Précisément 51,5 % des cas d'accord s'expliquent par le retard scolaire de l'élève et par le nombre de symptômes de dépression du parent.

En somme, la mesure des caractéristiques liées à l'entente entre les parents et les enseignants amène des résultats intéressants en soulignant que ce ne sont pas tant les variables personnelles de l'enfant (âge ou sexe) ou les caractéristiques de la famille (âge des parents, type de structure familiale, statut socioéconomique) qui sont associées à la présence d'un accord ou d'un désaccord entre informateurs mais davantage le retard scolaire et la santé mentale du parent. Toutefois, l'analyse de régression traduit que ces deux



variables ne peuvent à elles seules expliquer l'ensemble de la variance. L'un des défis pour l'avenir consistera à spécifier la contribution de nouveaux facteurs psychologiques ou démographiques. L'expression des troubles s'inscrit dans l'interaction entre l'enfant et son environnement, la société et l'époque dans laquelle il vit. Ainsi l'évaluation doit tenir compte du groupe d'appartenance de l'informateur qui l'amène à décrire les comportements de l'enfant selon les attentes, les règles de conduite et les normes du milieu. Des variables comme un faible statut socioéconomique, l'âge de la mère, la cohésion familiale jouent un rôle dans les attentes, la place accordée par le parent ou l'enseignant à ces valeurs modifierait le consensus entre informateurs

### **3. ACCORD/DÉSACCORD ENTRE INFORMATEURS ET ÉVOLUTION DE CHACUN DES TROUBLES PERTURBATEURS 24 MOIS PLUS TARD.**

Il semble important pour la clinique de déterminer si la trajectoire développementale des troubles de comportement perturbateurs des élèves se différencie selon la présence d'un consensus entre les parents et les enseignants. Nos résultats suggèrent que le nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP de l'ensemble des enfants diminue de façon relativement semblable dans le temps que les parents et les enseignants concluent ou non à la présence d'un trouble. Ces données rejoignent celles de Ferdinand *et al.* (2007) observant que le consensus inter-informateurs ne semble pas être associé à l'évolution des troubles de comportement perturbateurs des élèves. Au regard de la littérature, il semble que le développement de l'enfant et le maintien des troubles soient davantage influencés par les ressources et les caractéristiques de l'enfant lui-même et celles de ses parents (Deslandes *et al.*, 2001 ; Epps et Jackson, 2000) que par les divergences d'évaluations du comportement de l'enfant par différents informateurs.

En revanche, les analyses effectuées en fonction de chacun des troubles de comportement de l'élève apportent des nuances importantes et permettent de spécifier que la situation de consensus entre les informateurs est associée à une



diminution plus rapide du nombre de symptômes, particulièrement pour les symptômes d'un TC et dans une moindre mesure pour ceux d'un TOP. En ce sens, tout comme l'ont relevé Roskam *et al.* (2010), le désaccord entre les parents et les enseignants pourrait constituer un facteur de risque pour un maintien des symptômes d'un TC et d'un TOP dans le temps. Rappelons que la non reconnaissance par les parents des délits, des effractions, des destructions de biens et des bagarres de leur enfant pourrait être une source de conflits avec les enseignants (Treutler et Epkins, 2003). Une série d'interactions négatives s'instaurerait alors entre les différents adultes qui entourent un enfant, chacun blâmant l'autre des problèmes rencontrés, ce qui susciterait en retour des difficultés comportementales chez l'enfant (Beauchaine *et al.*, 2005 ; Sameroff, 2009 ; Sweet et Appelbaum, 2004). En raison de cette influence réciproque une évaluation discordante des troubles de l'enfant par deux informateurs favoriserait la persistance des comportements problématiques de ce dernier, tandis qu'un accord s'accompagnerait d'une amélioration des comportements. Cependant, il n'existe pas d'étude longitudinale impliquant ces relations bidirectionnelles.

Les différences de nosologie pourraient expliquer la plus ou moins forte stabilité des troubles perturbateurs dans le temps indépendamment du consensus entre parents et enseignants. Au départ les comportements caractéristiques d'un TOP et d'un TDAH ont suscité le plus d'entente entre informateurs parce que dans notre échantillon, les élèves manifestent principalement ces symptômes et en plus grand nombre. A contrario, le désaccord entre informateurs était plus élevé chez les élèves ayant un TC, les enseignants rapportant un nombre plus élevé d'enfants ayant ce trouble que les parents (voir tableau 1). En toute logique, la diminution plus rapide des symptômes d'un TC des élèves du groupe accord pourrait venir du fait que les enfants présenteraient un nombre de symptômes moins élevé au départ. Ce raisonnement n'a pas été vérifié dans la littérature, cependant plusieurs travaux (Biederman, 2005 ; Power *et al.*, 2001 ; Wolraich *et al.*, 2004) soulignent que la nature et/ou la sévérité des troubles ne peuvent être ignorées quand il s'agit

de parler de l'évolution des problèmes de l'enfant dans le temps. Ensuite, il est fréquent de constater une difficulté pour les informateurs à changer leurs réponses aux questionnaires standardisés une fois que leur vision initiale des comportements de l'élève a été forgée. Cette situation pourrait expliquer en partie l'absence de diminution constatée sur les symptômes d'un TDAH et d'un TOP.

#### **4. LES LIENS ENTRE UN ACCORD/DÉSACCORD, LA FRÉQUENCE DES SERVICES ÉDUCATIFS REÇUS ET LA SATISFACTION DES PARENTS.**

Compte tenu du nombre grandissant d'élèves qui ont de sévères problèmes de comportement perturbateurs, les services spécialisés des écoles se multiplient en proposant des aides complémentaires de psychologues ou de psychoéducateurs. Ces services amènent habituellement des changements significatifs au niveau des comportements (Wilson et Lipsey, 2007) et de la sociabilité des enfants (Deslandes, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001). Cependant, comme les résultats des études empiriques le décrivent, leurs effets seront d'autant plus forts que les parents et les enseignants ou les enseignantes seront partenaires dans la mise en place des dispositifs d'aide. Or, si les troubles de comportement se manifestent différemment à la maison et à l'école (De Los Reyes et Kazdin, 2005 ; Kraemer *et al.*, 2003), les parents, sous-estimant les symptômes et les besoins de leur enfant dans la classe, pourraient ne pas vouloir contribuer aux prises en charge proposées par l'école pour développer les habiletés sociales de leur enfant, faute d'en cerner l'intérêt. À l'inverse, si les comportements perturbateurs de l'enfant sont fréquents, graves et constants dans les deux milieux de vie de l'enfant, les deux informateurs exprimeraient mutuellement le besoin de disposer d'outils d'intervention adéquats et seraient prêts à faire les efforts de concertation requis dans les plans d'intervention (Deslandes *et al.*, 2001 ; Epstein, 2001). Toutefois, selon nos résultats la fréquence de l'aide reçue ne varie pas selon qu'il y ait présence d'un accord ou d'un désaccord entre les parents et les enseignants pour les élèves présentant un TDAH ou un TOP. En revanche, l'entente entre les parents et les enseignants sur la présence d'un TC serait associée à une



fréquence plus élevée de services scolaires. Une explication vient du fait qu'il est illusoire de penser que pour les élèves ayant un TDAH, un TC ou un TOP, seul ou en comorbidité, les services, i.e. l'ensemble des aides de psychologues ou de psychoéducateurs, soient identiques compte tenu de la diversité des programmes d'intervention, de leur durée, de leur intensité et de leurs effets pouvant se manifester à plus ou moins long terme. Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, les services sont des programmes de soutien, de promotion et de prévention qui visent à accompagner l'élève dans son cheminement scolaire ainsi que dans la recherche de solutions face aux difficultés auxquelles il est confronté (Trépanier et Dessureault, 2006). Selon toute vraisemblance ce n'est pas tant l'entente mutuelle entre informateurs qui renforcerait le suivi des élèves identifiés mais davantage la nature et la sévérité des troubles. Compte tenu du degré de sévérité des symptômes d'un TC et de leurs corrélations avec des difficultés académiques et sociales (Laparo et Pianta, 2000), les élèves manifestant ce trouble sont plus susceptibles de recevoir des services sociaux et de santé que les élèves présentant un TDAH ou un TOP (Toupin *et al.*, 2003). De même des révisions d'écrits (Waschbusch, 2002) portant sur les troubles qui s'observent fréquemment en concomitance montrent que ce phénomène peut-être lié à des facteurs de risque nombreux qui à leur tour pourraient amener des interventions plus intenses auprès des élèves qui les présentent.

Si les prises en charge sont directement déclenchées à la suite d'un processus d'évaluation demandé soit par le personnel enseignant ou les parents (Massé et Pronovost, 2006) et non par l'entente mutuelle entre informateurs, il serait intéressant en contexte d'intervention de ne pas exclure les autres facteurs associés à l'évaluation et à la détermination des services. À ce sujet, comme nous l'avons précédemment mis en évidence les caractéristiques personnelles du répondant, spécifiquement son état mental, ne peuvent être ignorées. En effet, un parent déprimé, découragé par l'ampleur des difficultés de son enfant pourrait être dubitatif quant à l'efficacité d'un service d'aide spécialisé et bloquer l'accès aux prises en charge (Fossum, Morch, Handegard, Drugly et Larsson, 2009 ; Reyno et McGrath, 2006). Cependant il n'y a que



trop peu d'évaluation sur la perception des parents et son possible lien avec l'acceptation et la participation aux prises en charge.

De même la classe sociale et le niveau de diplôme des parents seraient également liés à l'évaluation et à la réception des services spécialisés (Desimone, 2001 ; Fletcher *et al.*, 2001 ; Kherroubi, 2008 ; Reyno et McGrath, 2006). Les résultats de Keller, Bost, Lock et Marcenko (2005) amènent que les parents les moins diplômés, éloignés des règles et du mode de fonctionnement du milieu scolaire, seraient moins à l'aise avec les propositions d'intervention. En revanche, les parents les plus diplômés et probablement les plus dérangés par les comportements de leur enfant encourageraient davantage la prise en charge de leur enfant. En partant du constat que la majorité des familles des enfants pris en charge par le Centre Jeunesse au Québec sont très démunies : souvent monoparentales et peu scolarisées (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier *et al.*, 2004), il serait pertinent de conduire des études ultérieures sur les associations entre le niveau d'études des parents, les différences de perception des troubles perturbateurs par les informateurs et la demande d'aide.

Enfin, la décision d'intervention pourrait résulter des relations bidirectionnelles interdépendantes dans le temps entre l'enfant, ses parents et le personnel enseignant. Selon les modèles bioécologique de Bronfenbrenner (2006) et transactionnel de Sameroff (2009), au même titre que les comportements des enfants à un moment donné influencent les attitudes des adultes, les attitudes des adultes peuvent être reliées à un changement ultérieur des comportements de l'enfant. Il serait alors judicieux de tester ce modèle de relation bidirectionnel et plus particulièrement ses possibles implications dans l'évaluation et les services, dans la mesure où nous savons que la participation des parents aux services est attribuable à la qualité des contacts entre les parents et l'école et aux structures mises en place par le milieu scolaire pour encourager leur participation (Deslandes, 2001). A ce sujet, Bérubé et ses collègues (2007) observent que les parents qui se représentent de façon positive la collaboration famille-école ont des enfants qui manifestent davantage de

comportements prosociaux. A contrario, les parents des enfants pour lesquels les communications sont centrées uniquement autour des problèmes de l'enfant s'impliquent moins auprès du milieu scolaire que les parents pour lesquels les contacts ne servent pas seulement à mettre l'accent sur les aspects négatifs de l'enfant mais aussi sur ses réussites (Dunsmuir, Frederickson et Lang, 2004 ; Ritblatt, Beatty, Cronan et Ochoa, 2002). Nos résultats révèlent que le niveau de satisfaction des parents de l'aide reçue pour leur enfant n'est pas influencé par la présence d'une entente entre les informateurs et ce pour aucun des trois troubles évalués. Nous ne disposons pas d'autres études ayant considéré ce lien si bien qu'il est difficile d'aller plus loin dans l'analyse. Néanmoins la qualité et la durée des échanges pourraient davantage influencer le sentiment de satisfaction des parents quant à la prise en compte de leur enfant que la reconnaissance mutuelle des troubles. D'autres variables relatives aux modes de partage d'informations entre parents et enseignants, à la nature de l'aide apportée et aux objectifs d'intervention travaillés conjointement permettraient possiblement d'avoir une meilleure analyse des éventuelles associations entre le consensus inter-informateurs, la fréquence et la satisfaction des services.

En somme les variables sociales ou familiales, les caractéristiques du répondant influant l'évaluation comptent à elles seules pour décider d'offrir des services d'aide spécialisés aux enfants manifestant des troubles de comportement. Le consensus inter-informateurs apparaît comme une piste féconde d'exploration des dimensions qualitatives de la relation entre l'école et la famille qui contribueraient à assurer une meilleure continuité des actions conduites.

##### **5. EFFET MÉDIATEUR DE LA FRÉQUENCE DES SERVICES REÇUS ENTRE LE CONSENSUS INTER-INFORMATEURS ET LA DIMINUTION DES SYMPTÔMES D'UN TDAH, D'UN TC ET D'UN TOP DANS LE TEMPS**

Les liens entre la fréquence des services reçus, la reconnaissance des troubles de comportement par les deux répondants et l'évolution des difficultés comportementales des enfants n'ont pas fait, à notre connaissance, l'objet



d'autres recherches. D'ores et déjà, nous avons constaté (cf. objectif 3) que le nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP des élèves diminue systématiquement dans le temps que les parents et les enseignants s'entendent ou non dans les descriptions des troubles des élèves mais qu'un consensus entre les informateurs est associé à une diminution plus rapide du nombre de symptômes, particulièrement pour les enfants présentant un TC et tendancielllement pour ceux présentant un TOP. Puis, nous avons observé (cf. objectif 4) que la fréquence des services ne varie pas selon les taux d'accord pour les élèves manifestant un TDAH ou un TOP ; pour les élèves ayant un TC, le nombre de services reçus par l'enfant est supérieur lorsqu'il y a un accord entre les informateurs que dans le cas d'un désaccord. Pour aller plus loin, nous avons envisagé que l'entente parents-enseignants pourrait influencer indirectement la diminution du nombre de symptômes de comportements perturbateurs dans le temps par le biais des services reçus. Ce dernier objectif ne pouvait être atteint qu'après une série de tests successifs proposés par Baron et Kenny (1986) pour confirmer l'effet de médiation. Les résultats montrent que le fait de recevoir les services n'est pas un aspect central des liens d'un accord entre informateurs sur la diminution des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP 24 mois plus tard.

Ces résultats inattendus méritent d'être discutés. Cela peut possiblement s'expliquer par la nature de notre échantillon dans lequel tous les enfants sont référés pour des services d'aides spécialisés ce qui diminuerait potentiellement l'importance du rôle de ces derniers. Des études incluant un groupe contrôle d'élèves ayant des troubles mais ne recevant pas de services permettraient de vérifier cette hypothèse.

Par ailleurs, l'engagement des parents dans un service ne traduit pas systématiquement une similitude de perceptions avec les enseignants mais comme le suggèrent De Los Reyes et Kazdin (2005) il peut être le fait de dispositions personnelles comme l'état mental de l'interlocuteur ou de ses attentes. Dans ce cas, l'amélioration des comportements des enfants ne serait



pas liée à la fréquence des services reçus mais davantage à la façon dont le parent communique avec l'enseignant sur l'attitude et les besoins de l'élève. Il est plausible mais cela mérite des études ultérieures, que la seule fréquence ne traduise rien de la nature ou de la qualité de ces services qui seraient associées à l'entente entre les parents et les enseignants et à la diminution des troubles dans le temps.

Nos résultats ont des répercussions sur la pratique. En effet, il est possible que la mise en place d'un nombre conséquent de services joue un rôle non négligeable, celui de contribuer au maintien des contacts entre la maison et l'école et ainsi facilite l'accord entre les parents et les enseignants. Des études longitudinales méritent d'éclaircir cet aspect. D'ores et déjà les résultats des travaux empiriques ont posé les contributions de la fréquence des communications entre les parents et les enseignants et la qualité de l'adaptation sociale des enfants trois ans plus tard (Izzo, Weissberg, Kaspro et Fendrich, 1999) ou encore la diminution de l'agressivité (Berubé *et al.*, 2007). A l'instar de ces travaux et de ceux de Deslandes et Bertrand (2005), montrant que la nature des sollicitations des enseignants ou des enseignantes influence l'implication des parents auprès des adolescents et le développement ultérieur de l'enfant, nous proposons de nous centrer dans de prochaines analyses sur d'autres variables médiatrices prenant en compte la nature de l'aide ou la qualité des échanges de façon à spécifier par quels mécanismes ces variables seraient associées au consensus entre informateurs et influeraient positivement l'évolution des élèves.

Enfin, ce travail ajoute aux études sur l'interaction entre les variables. Il suggère que seul le consensus inter-informateurs est significativement associé à une diminution du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC ou d'un TOP. En revanche, le nombre de services d'aide spécialisés reçus par les élèves a peu de lien avec l'entente entre les informateurs et/ou l'évolution des symptômes extériorisés, ce qui questionne quant aux effets des interventions. Dans la mise en place des réponses et dispositifs d'aides, il semble que les services soient

menés jusqu'à leur terme en obéissant à un protocole qui ne tiendrait pas compte de l'interaction entre les deux variables (consensus inter-informateurs et diminution des symptômes) apparaissant pourtant comme une piste féconde pour expliquer l'évolution des troubles perturbateurs des élèves.

## **6. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE**

Ce travail doit être nuancé à la lumière de certaines limites méthodologiques. Dans les sciences humaines et sociales, on connaît les biais inhérents à chacun des choix méthodologiques de toute recherche (Mucchielli, 2004). Le chercheur possède un statut d'autorité qui amène le sujet participant à vouloir le satisfaire. Si les parents, les enseignants ou les enseignantes participent à ce travail sur la base du volontariat, il est possible que notre étude n'interroge que les informateurs les plus conscients des difficultés comportementales des élèves, les plus faciles à joindre et les plus motivés pour dire ce qu'ils pensent et aider les enfants. Les résultats obtenus ne reflèteraient donc pas le point de vue de tous et notamment celui des familles les moins à l'aise pour participer à un tel type d'étude. Mentionnons que cette observation relative à la population utilisée s'applique à beaucoup de travaux toutefois la prudence et l'humilité s'imposent avant toute conclusion définitive.

Les résultats sont relatifs à un nombre important d'enfants référés et engagés dans des services d'aide spécialisés déjà mis en place par les acteurs du terrain scolaire. Cette étude s'apparente à la recherche appliquée où le chercheur travaille son objet d'étude avec les contraintes du terrain ; pour des raisons éthiques, il n'était pas envisageable d'assigner aléatoirement les services scolaires complémentaires, voire de priver certains élèves d'une prise en charge. Il est alors probable que la diminution du nombre de symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP des élèves dans le temps observée lorsque les parents et les enseignants s'entendent sur la présence de troubles perturbateurs émane des services menés auprès de sujets sélectionnés et soit liée à l'évolution normale de ces troubles.



Notre étude portait sur 341 élèves, ce qui représente un échantillon conséquent au niveau statistique. Il comprenait 246 garçons et 95 filles. Nous avons étudié le lien de la variable sexe sur la présence ou non d'un accord entre les parents et les enseignants quant à la reconnaissance d'un trouble perturbateur. Pour le reste des analyses, la distinction garçon/fille n'a pas été considérée. Or bien que les ratios montrent que les troubles perturbateurs concernent davantage les garçons que les filles, ces diagnostics sont également posés chez les filles (Loeber *et al.*, 2000 ; Moffitt 2005). Dans le cas où les filles sont diagnostiquées, elles ont des problèmes d'adaptation plus sérieux et marquants que les garçons (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Lahey *et al.*, 2000 ; Leff, Power, Manz, Costinga et Nabors, 2001 ; Massi, Milone, Manfredi, Pari, Paziente et Millepiedi, 2008 ; Ohan et Johnston, 2005), cela pourrait influencer l'accord et le désaccord entre informateurs et la diminution des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP dans le temps d'où l'utilité de ce type de comparaisons supplémentaires selon la variable sexe pour encore mieux prévenir et ajuster les programmes d'intervention.

Dans les échantillons cliniques, comme le nôtre, un grand nombre de symptômes sont présents et dans plusieurs cas, les critères employés ne permettent pas une distinction des comportements perturbateurs dus à un trouble psychologique, des comportements perturbateurs non dus à un trouble psychologique, cela peut entraîner des effets de « faux positifs » importants (Mitsis *et al.*, 2000). Autrement dit les risques de poser des diagnostics en l'absence de trouble augmentent chez tout enfant manifestant quelques comportements en dehors de la norme sociale ambiante. Il est indéniable que l'accès à un service de soutien spécialisé pourrait avoir pour effet de moduler l'évaluation du parent dans le sens d'une acceptation de la présence des difficultés qu'il n'avait pas jusqu'alors remarqué dans leur environnement. On peut se demander si cela n'aurait pas pour effet d'augmenter le consensus entre les informateurs. Nous entendons par là que manifester des comportements perturbateurs dans un environnement qui encourage ce genre d'attitudes peut engendrer des difficultés sans forcément que les parents prennent conscience



du caractère pathologique du trouble. Les différences dans l'entente entre informateurs sur les comportements des enfants n'ont probablement pas la même signification dans les deux milieux (ordinaire ou spécialisé), ce qui mérite d'être étudié. D'où notre préconisation de conduire des analyses complémentaires en comparant les deux secteurs, éducation spécialisée versus milieu ordinaire.

L'intérêt d'une étude longitudinale comme la nôtre est de pouvoir suivre la même cohorte, ce qui présente des avantages certains au niveau développemental. Dans notre étude, il est à noter que le taux d'attrition était modéré, de l'ordre de 26,7 %. De plus, le temps entre notre première mesure des troubles de comportement perturbateurs des élèves et la deuxième mesure a été de vingt-quatre mois, ce qui constitue un délai intéressant dans ce domaine. Excepté les travaux d'Achenbach et de ses collègues (2002) qui se sont intéressés à l'évolution des comportements des enfants sur 10 ans évalués par différents informateurs ainsi que ceux de Ferdinand *et al.* (2007) qui ont porté sur la façon dont un désaccord entre informateurs pouvait prédire les troubles des enfants quatorze ans plus tard, la plupart des recherches recensées sont de nature transversale pour des raisons connues (coûts, attrition...).

Rappelons que les caractéristiques de l'enfant et du parent liées à la présence d'un accord ou d'un désaccord entre informateurs sur les troubles perturbateurs des élèves ont fait l'objet de plusieurs écrits (Moffitt *et al.*, 2001 ; Cai *et al.*, 2004b) mais aucune étude n'a estimé le poids relatif de l'ensemble de ces caractéristiques de l'enfant, du parent et de l'environnement sur la reconnaissance mutuelle d'un trouble de comportement perturbateur. Les résultats de la présente étude remettent en question les liens de ces caractéristiques sur le consensus inter-informateurs rapporté dans d'autres travaux. De fait, ce ne sont pas tant les variables personnelles de l'enfant (âge ou sexe) ou les caractéristiques de la famille (âge des parents, type de la structure familiale, statut socioéconomique) qui seraient associées à l'entente entre informateurs mais surtout le retard scolaire et la santé mentale du parent.

Sur le plan de l'intervention, ces résultats soulignent l'importance de porter une attention sur le cheminement scolaire de l'enfant. Si, comme nous l'avons vu précédemment, le retard scolaire augmente la probabilité d'un désaccord entre informateurs, il se pourrait alors que les symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP se résorbent moins rapidement dans le temps.

Par ailleurs, devant l'effet observé dans cette étude de l'état mental du parent (particulièrement le nombre de symptômes dépressifs) sur la présence d'un accord entre informateurs sur les troubles perturbateurs de l'enfant, il serait judicieux de vérifier si l'état mental des enseignants ou des enseignantes pourrait aussi être associé au consensus entre informateurs. En outre les liens des caractéristiques de l'enseignant (le sexe, l'âge, le nombre d'années d'ancienneté dans le milieu, l'expérience professionnelle, l'appartenance culturelle) sur l'entente mutuelle quant aux troubles de comportement de l'enfant ne sont pas clairement spécifiés dans la littérature faute de travaux sur le sujet. Il serait également pertinent de collecter des éléments à ce sujet.

Enfin, une dernière limite tient à l'applicabilité des résultats dans un contexte français. L'étude a été menée dans des commissions scolaires québécoises, nous ne disposons que de peu de données sur les élèves français présentant des troubles de comportement dans les écoles primaires, si bien que nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats à la réalité de la diversité des écoles du vieux continent. Nos observations (Bougeard, 2008) suggèrent, malgré le faible échantillon sur lequel elles portent, que les comportements perturbateurs des élèves sont similaires et qu'il en est de même de la reconnaissance mutuelle de chacun des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP par les parents et les enseignants. Cependant, toute généralisation doit se faire avec prudence et d'autres études menées auprès d'autres échantillons en France seraient nécessaires.

## 7. IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION

### 7.1 L'évaluation

Le désaccord entre les parents et les enseignants sur les troubles extériorisés des élèves s'est avéré important dans cette étude et traduit la complexité du processus d'évaluation du comportement d'un enfant. Comme nous l'avons vu précédemment, les comportements d'un enfant ne sont pas exactement les mêmes dans ses deux environnements de vie (Bronfenbrenner, 2006 ; Sameroff, 2009) si bien que pour mieux prendre en compte la réalité des enfants, nombre d'auteurs (Achenbach et Rescorla, 2007 ; Bigras *et al.*, 2010 ; Massé et Pronovost, 2006) recommandent de baser les modalités d'intervention sur une stratégie d'évaluation combinant les points de vue d'au moins deux adultes. Cependant, ce recueil d'informations n'est pas aisé pour le clinicien compte tenu des écarts de perception entre les parents et les enseignants qui existent comme les résultats de cette étude le soulignent, tant dans le repérage ou non d'un trouble mais aussi en cas d'accord entre parents et enseignants dans les seuils de sévérité établis par chacun des informateurs. Rappelons qu'un enfant peut exhiber des comportements perturbateurs à un niveau de sévérité différent d'un milieu de vie à un autre, si bien que l'un des informateurs, mais pas l'autre, pose un diagnostic.

Afin de ne pas éluder ces divergences entre informateurs et d'amener le professionnel à être plus vigilant sur ces questions, l'évaluation à l'aide d'échelles de comportement et de questionnaires d'entrevues diagnostiques paraît primordiale. L'outil d'évaluation adopté ici, le *DISC* a souvent été choisi comme matériel dans de nombreuses études portant sur les troubles de comportement perturbateurs des élèves (Bigras *et al.*, 2010 ; De Nijs *et al.*, 2004 ; Déry *et al.*, 2004). Plusieurs travaux empiriques (Mc Conaughy et Ritter, 2005 ; Gresham et Elliott, 2008) ont mis en avant ses principales qualités : l'objectivité qui permet d'identifier la présence ou l'absence d'un trouble, de coter les problèmes extériorisés réels et non supposés de chaque élève ; le caractère normatif utile pour établir le niveau de sévérité, l'ampleur,



la fréquence et la diversité des différents problèmes au regard des autres enfants du même âge. De même la rapidité d'utilisation, l'administration aisée et leur moindre coût comptent parmi les avantages de ces entrevues diagnostiques. Servant de base pour appréhender les perceptions de différents informateurs, de tels outils sont précieux et devraient être valorisés et recherchés pour développer une compréhension globale de l'enfant (Konold *et al.*, 2004). Leur utilisation est recommandée car en plus de favoriser une meilleure connaissance des troubles perturbateurs et de la façon dont l'élève présente ses symptômes dans chaque lieu de vie, l'évaluation évite à certains enfants manifestant des troubles d'être sous détectés, ce qui les empêcherait de bénéficier d'une intervention ou au contraire elle empêche pour d'autres enfants de sur détecter de simples difficultés passagères en les exposant inutilement aux risques négatifs d'étiquetage (Costello *et al.*, 2007).

A notre avis, les parents comme les enseignants et les enseignantes manifestent de la curiosité sur les problèmes de l'enfant, particulièrement ce qui relève du diagnostic et de l'étiologie pour identifier les comportements cibles et contribuer au choix des objectifs d'intervention. Par conséquent, des ressources devraient être consacrées à l'évaluation d'autant que notre étude amène des résultats intéressants sur les liens du consensus entre informateurs, l'évolution des troubles et les services. Une mauvaise prise en considération des différences de perception entre informateurs pourrait compromettre l'adaptation sociale des élèves du primaire en troubles de comportement, dans la mesure où il deviendrait difficile de savoir quel comportement doit être la cible initiale de l'intervention (Youngstrom, Findling et Calabresse, 2003), quels sont les problèmes qui peuvent attendre de ceux qui ne le peuvent pas et finalement dans quel milieu l'aide est la plus adaptée ?

## **7.2 L'intervention**

Les troubles de comportement sont le résultat de la conjonction de facteurs multiples dont le contexte familial, social et de la qualité des interactions de l'individu avec son entourage. Ainsi pour élargir l'éventail des

possibilités en termes d'action les chercheurs ont vanté les bienfaits de la participation des parents à l'école sur le développement socio-affectif des élèves (Bérubé *et al.*, 2007 ; Brulé et Guénette, 2000 ; Domina, 2005 ; Deslandes et Jacques, 2004). Une communication entre les principaux milieux s'avère le fondement d'un travail efficace autour de l'élève pour l'aider à surmonter sa situation problème et offre l'avantage de favoriser la généralisation des apprentissages dans les différents environnements en dépassant la simple atteinte des objectifs de remédiation des carences des parents aux prises avec des problèmes d'éducation (Christenson et Sheridan, 2001). Seulement dans certains cas, les discordances entre les perceptions des parents et des enseignants sur les troubles de comportement de l'enfant peuvent représenter une source de conflits (Culp *et al.*, 2001) et faire obstacle au développement à la co-construction d'un plan d'intervention avec l'enfant en augmentant les difficultés des parents et des enseignants à instaurer des relations famille-école positives et confiantes (Deslandes, 2001 ; Eptsein, 2001 ; Hawley et Weisz, 2003).

Notre étude ne nous permet pas de déterminer que la présence d'un accord entre informateurs sur un trouble perturbateur chez l'enfant est associée à une augmentation de la fréquence des services. Cependant, nous ne savons rien de la qualité des services dispensés ni de la nature des échanges qui pourraient influencer l'implication des parents à certains services (De Los Reyes et Kazdin, 2005). Si les parents ont besoin d'être informés sur les difficultés qu'éprouvent leur enfant, ils sont également en attente d'une écoute de leur souffrance, de leur vécu et d'une aide ou d'une solution à leurs problèmes. Or, comme le souligne Epstein (2001), tout pourrait laisser croire que les enseignants et enseignantes, reconnus comme les experts des objectifs éducatifs sous-estiment les besoins d'informations des parents et surestiment la satisfaction des parents dans les rôles d'aide aux devoirs qui leur sont assignés. Trop souvent, les parents ne sont pas perçus par les enseignants ou les enseignantes comme des collaborateurs à part entière alors que les interventions qui impliquent les parents, les enseignants et les enseignantes

comme des partenaires ont de meilleures chances de produire des résultats que celles qui impliquent exclusivement les uns ou les autres (Chenay et Osher, 1997).

## **8. PERSPECTIVE INTERCULTURELLE.**

L'un des intérêts de cette recherche est aussi de contribuer à un questionnement sur les spécificités françaises et québécoises relatives aux troubles perturbateurs, à leur évaluation mais également aux questions liées à la recherche en termes d'approches théoriques et de leurs articulations avec le terrain.

### **8.1 Le phénomène**

En France, quelques travaux scientifiques commencent à être publiés sur la santé mentale des enfants de 6-11 ans et confirment, en utilisant les mêmes questionnaires diagnostiques, que les troubles extériorisés des élèves du primaire se manifestent dans des proportions similaires que celles du Québec (Allès-Jardel *et al.*, 2004, 2009 ; Fombonne et Vermeersch, 1997). À notre connaissance en revanche, l'hexagone manque de données sur le consensus inter-informateurs. Dans une étude exploratoire que nous avons effectuée (Bougéard, 2008), nous avons constaté des taux d'accord et de désaccord similaires à ceux relevés en Amérique du Nord entre les parents et les enseignants rapportant les symptômes de comportements perturbateurs des élèves du primaire. Il serait intéressant d'explorer davantage cette question tant au niveau théorique que pratique.

### **8.2 Les approches théoriques en France et au Canada**

Les phénomènes d'opposition, de violence, d'incivilités ou d'impulsivité ne sont pas étudiés avec les mêmes approches dans les deux pays. En France, les perspectives sociologique et psychodynamique dominent. La perspective sociologique (Debarbieux, 2006 ; Charlot et Emin, 2001), largement partagée pour des raisons historiques, recourt à une causalité sociale.



Ainsi les comportements apparaissent relatifs à une époque donnée, à des circonstances particulières, à des normes de conduites imposées qui dépendent des codes sociaux, juridiques et politiques, des époques et des lieux où ils prennent sens. L'étude des troubles du comportement n'est alors pas indemne d'influences idéologiques : les conflits de classe socioéconomique engendrent la violence scolaire qui se maintiendra tant que les ghettos sociaux et scolaires existeront. Cette approche sociologique ne paraît pas à elle seule suffisante pour comprendre les situations très diverses que rencontrent le clinicien et notamment celles dans lesquelles les comportements socialement déviants ou conflictuels traduisent la souffrance et/ou le dysfonctionnement d'un individu. Il est donc justifié d'examiner la signification pathologique que peuvent avoir de tels comportements, signification sur laquelle se fonde la légitimité d'une approche psychique.

La psychanalyse classique représentée par la théorie freudienne se centre sur les processus et mécanismes intrapsychiques. Pour Freud (1936) la violence et l'agressivité ne prennent sens qu'à travers l'instinct primitif de conservation, par rapport à des conflits intérieurs. De ce fait, violence et pulsion de mort seraient étroitement liées et permettraient au sujet d'assouvir sa soif de toute puissance sur le monde qui l'entoure. L'agressivité s'exprimerait chaque fois que l'individu ressent de la frustration et aurait une origine interne destinée à lutter contre une angoisse suscitée par les conditions extérieures. Pour les psychanalystes contemporains, le conflit est inhérent à la vie psychique et à la vie sociale ; le sujet non équipé pour le supporter ne peut s'en défendre qu'en expulsant projectivement cette conflictualité dans la psyché d'autrui ou sur des instances sociales (Sirota, 2009).

Alors que tout clinicien français est engagé à préciser la structure pathologique dans laquelle s'inscrit le comportement : contexte relationnel ou trouble de la personnalité, les chercheurs et cliniciens en Amérique du Nord insistent sur les comportements et s'efforcent de trouver des critères tout à fait objectifs permettant de repérer les déviations du sujet par rapport à une norme.

Leur recours à des définitions catégorielles correspond à leur tentative d'appliquer un modèle de compréhension médicale aux troubles de comportement perturbateurs en les considérant comme des entités cliniques à part entière. Ce support scientifique soulève la non prise en compte des dimensions sociales et psychodynamiques, ce qui suscite des résistances en France : le rapport de l'INSERM (2005), Institut dédié à la recherche médicale, sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent a provoqué dès sa publication, polémiques, pétitions de près de 200 000 signatures, création d'un collectif « pas de zéro de conduite », colloques et publications, (Delion 2008 ; Gosle, 2006) qui ont amené son retrait du site web. La révolte a surtout été suscitée par les propositions de dépistage systématique de la délinquance dès la petite enfance reprises par le gouvernement compte tenu des risques de dérives politiques et éthiques.

### **8.3 L'évaluation et les instruments de mesure**

En raison des conséquences des comportements perturbateurs pour l'enfant, la famille, le système éducationnel, il convient de développer des outils adéquats afin de soutenir les activités de dépistage, d'évaluation et d'intervention (Dazord, Manificat, Escoffier, Kadour, Bobes, Gonzales, Nicolas et Cochat, 2000). Plusieurs méthodes peuvent être employées pour obtenir des informations sur les comportements des enfants (entretiens cliniques et diagnostiques, observations ou échelles de comportement), elles offrent une bonne fiabilité et rendent possibles la comparaison des comportements de l'enfant dans des situations de vie différentes (école-maison). Cependant comme l'approche nord-américaine est peu représentée en France, ses outils (les échelles d'Achenbach, le *DISC*, le *Conners*) ne sont pas utilisés couramment, aussi bien pour la recherche qu'au plan clinique dans le milieu scolaire, exception faite des rares auteurs cités plus haut. Le format des questions, le type d'investigation, la façon standardisée de communiquer l'information provoquent encore des réticences tant de la part des parents que des enseignants français. Cependant, au vu des résultats obtenus ici et par une quantité de chercheurs quant à la disparité entre les jugements évaluatifs des



parents et des enseignants sur les aspects symptomatiques des comportements des enfants le diagnostic fournit par ces outils a une utilité pragmatique dans la mesure où ces instruments, objectivant la symptomatologie en dehors de tout pré requis théorique, facilitent les décisions thérapeutiques.

Par ailleurs, les changements qui ont affecté les classifications ces dernières années sont certes le reflet de l'état des connaissances mais également des évolutions des conceptions à un moment donné de l'histoire d'une société. Ainsi, l'évaluation des troubles de comportement avec des instruments élaborés ailleurs reste délicate. Les résultats de Achenbach et Rescorla (2007) testant la validité interculturelle des scores de l'*ASEBA* (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) dans 30 pays sur 8 continents différents tendent à conclure que les différences culturelles constituent un challenge pour l'évaluation car un outil calibré dans une société et dans le cas présent développé aux Etats-Unis est souvent mal utilisé dans d'autres pays. Malgré tout ce type de questionnaire facilite les communications sur la santé mentale des enfants et permet une collaboration internationale pour la clinique et la recherche.

Cette étude a été menée au Québec. Malgré les défis que cela représente tant au niveau théorique que pratique, nous espérons à l'avenir pouvoir conduire des travaux similaires en France en considérant les spécificités culturelles françaises de façon à répondre aux questions suivantes : les liens dégagés ici se retrouvent-ils dans un autre contexte ? Sur quels comportements les parents et les enseignants s'entendent-ils ? Quels sont les seuils de sévérité des informateurs ? La démarche comparative reste une démarche de recherche fondamentale pour marquer la singularité de ce qui se passe sur notre territoire.

#### **8.4 Les services d'aide spécialisés**

Dans l'hexagone, les écoles et les cadres de soin classiques (services de santé) sont peu adaptés à cette population d'élèves manifestant des comportements perturbateurs car la pédopsychiatrie française de terrain n'est



pas très intéressée par ces troubles et ne prend en charge qu'une faible partie de ces élèves (Bourdillon, 2006). Dans d'autres pays et particulièrement outre-Atlantique, les propositions de services scolaires et de santé existent mais l'accessibilité aux soins est rarement étudiée et évaluée. La réflexion la plus aboutie, à notre connaissance, est celle de Stouthamer-Loeber et Loeber (2002). A partir de données d'une étude longitudinale, ces auteurs concluent que moins de la moitié des adolescents présentant des problèmes de comportements sérieux et persistants avaient reçu une aide de professionnels de la santé bien que la moitié des parents aient demandé une aide en début des troubles. Ce constat nous interroge sur les stratégies à adopter sur le terrain pour enrichir les services d'aide spécialisés et permettre aux parents de devenir des partenaires capables de coopérer avec les professionnels en précisant leurs besoins et leurs rôles.

De nombreuses études nord-américaines permettent d'identifier une longue liste de facteurs de risque ou encore de variables associées aux comportements perturbateurs (pour une recension des travaux à ce sujet se reporter aux ouvrages de Dumas, 2007a, 2007b, 2011 ; Vitaro et Gagnon, 2000 ; ainsi qu'à l'expertise collective faite en 2005 par l'INSERM). S'appuyant sur les rôles prédictifs de ces différents facteurs individuels et environnementaux, les modalités de prises en charge se sont développées. outre-Atlantique, la plupart des services sont basés sur la participation active des parties concernées et intègrent à la fois l'enfant, les parents et les enseignants à travers une collaboration. En France, les troubles de comportement constituent une véritable situation de handicap mais les objectifs des prises en charge ne sont pas très différents et se déclinent autour des axes de prévention et de formation. Depuis la loi de 2005 sur l'intégration des enfants handicapés à l'école, on assiste dans l'hexagone à une augmentation de la scolarisation de ces élèves en milieu ordinaire (Canat, 2007) avec des aides humaines à dominante pédagogique, psychologique et rééducative. Quand l'élève devient trop dérangent, l'équipe pédagogique finit par l'orienter vers des *Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)* dans lesquels

l'éducatif s'articule avec le thérapeutique. Selon le dernier texte qui les définit (circulaire n°2009-087 du Ministère de l'Education, 2009) ces *ITEP* ont pour vocation d'offrir aux enfants présentant des troubles du comportement importants un service de soutien éducatif et de réconciliation avec le savoir et le rapport à autrui. Le détail des établissements et des modalités d'accueil des élèves présentant des troubles de comportement en France est donné en annexe (cf. annexe C).

Les différences culturelles se situent principalement au niveau de l'évaluation qui détermine l'accès aux services. En France, les parents sont informés des plans d'action éducatifs décidés pour leur enfant et participent aux prises de décisions. Mais les familles critiquent souvent la qualité des échanges avec les équipes pédagogiques. En l'absence d'instrument, tel que les questionnaires de comportement, les pères et les mères ont l'impression que les enseignants et les enseignantes se fient uniquement à leurs jugements et que les échanges ne sont réciproques. Par conséquent, la participation des parents aux décisions de prises en charge fait régulièrement débat. L'idée d'un partenariat enseignants-parents ne constitue pas encore un sujet d'actualité dans le contexte français où la famille semble considérée comme dépourvue de moyens tant matériels qu'éducatifs. Notre recherche sur l'évaluation multi-informateurs nous conduit à porter un nouveau regard sur les relations parents-enseignants et à sortir d'une structure hiérarchisée pour passer dans un contexte d'échanges réciproques et égalitaires entre informateurs.

### **8.5 Les liens entre recherche et pratique**

La communauté scientifique regrette souvent que les résultats des recherches ne se rendent pas dans les milieux scolaires. Réciproquement les enseignants déplorent le manque de travaux pouvant répondre véritablement à leurs besoins et qui apporteraient des solutions tenant compte des contraintes auxquelles ils doivent faire face. La rupture entre la publication des résultats et leur utilisation sur le terrain est souvent invoquée pour faire état du désintérêt mutuel des théoriciens et des praticiens (Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis

et Van Engeland, 2002). Toutefois cette opposition relève sans doute d'une méconnaissance mutuelle de leurs activités respectives mais aussi de l'absence de véritables structures institutionnelles faisant le lien et de la complexité des mécanismes de partage du savoir. Il en découle un manque de concertation et des obstacles récurrents de recrutement de participants.

Face à ce problème d'accès au terrain et à l'absence de mobilisation des équipes pédagogiques à participer à des projets de recherche, il serait important que les écoles soient davantage sensibilisées aux demandes des chercheurs afin qu'elles leur apportent un soutien. De la même manière que le praticien pourrait s'informer des écrits venant interroger son domaine d'activité, le chercheur devrait veiller à éclairer le fonctionnement des institutions et des personnes aidant l'élève dans ses difficultés en produisant un savoir non pas sur mais pour l'éducation.

Bien que sur le terrain les professionnels ne sachent pas ce qu'ils vont recevoir des chercheurs et que le rapport gain/perte d'énergie devienne différent, le partenariat se justifie par le fait qu'il crée un rapprochement entre les deux mondes et suscite la co-construction de connaissances dont les bénéfices sont évidents. En effet, les recherches ne sont pas purement fondamentales, elles comportent également des implications pédagogiques avec une redistribution du savoir favorisant une analyse plus juste des besoins et contribuant à une meilleure harmonisation de l'ensemble des services offerts aux élèves présentant des troubles. Même si le dialogue entre les chercheurs et les praticiens reste souvent laborieux, cette collaboration multi-ressources paraît nécessaire pour le transfert des connaissances entre les milieux de recherche, de formation et de pratique.



## CONCLUSION

Cette thèse a porté sur l'entente ou non entre les parents et les enseignants rapportant les comportements perturbateurs des élèves du primaire. Elle visait à préciser l'ensemble des caractéristiques de l'enfant, du parent et de l'environnement socio-familial associées au consensus entre informateurs et ajoutait aux autres travaux en déterminant la contribution unique de ces caractéristiques. Elle avait également pour objectif de déterminer les répercussions de cette divergence de perspectives entre les parents et les enseignants sur l'évolution des symptômes d'un TDAH, d'un TOP et d'un TC de l'élève dans le temps et sur la fréquence et la satisfaction des services d'aide spécialisés reçus par l'enfant.

Nos résultats attestent que les taux d'accord entre informateurs sur les troubles perturbateurs des élèves sont modérés et que l'entente entre informateurs repose sur une multitude de facteurs liés tant à l'élève qu'aux parents, ou encore aux caractéristiques socio-familiales. Plus spécifiquement, les élèves dont les troubles suscitent un accord entre informateurs sont plus souvent ceux qui ont une scolarité ordinaire et qui n'ont pas redoublé. Ils proviennent plus fréquemment d'une famille non intacte, ont des parents plus jeunes et présentant plus de symptômes dépressifs. Les variables retard scolaire et dépression des parents méritent particulièrement l'attention, étant donné leur association étroite avec le consensus parents-enseignants sur les troubles de l'enfant. Le retard scolaire augmente le désaccord entre les informateurs tandis que l'état dépressif des parents favorise l'entente entre informateurs. En revanche l'âge, le sexe, le niveau d'études des répondants ou le revenu familial ne sont pas liés au consensus entre informateurs.

Puis, les résultats de cette recherche amènent que l'accord entre informateurs est bénéfique à la trajectoire des enfants 24 mois plus tard surtout dans le cas des symptômes d'un TC et dans une moindre mesure d'un TOP.

Ensuite la fréquence des services, sur une période de 24 mois, augmente sensiblement pour les enfants avec des symptômes d'un TC lorsqu'il y a une reconnaissance mutuelle de ce trouble. Toutefois, pour aucun des trois troubles évalués, le niveau de satisfaction des parents de l'aide reçue pour leur enfant n'est influencé par la présence d'une entente entre les informateurs. Cette thèse apporte enfin une contribution originale en indiquant par une analyse de médiation que la fréquence des services scolaires complémentaires n'explique pas le lien entre l'accord entre informateurs et la différence du nombre des symptômes d'un TDAH, d'un TC et d'un TOP dans le temps.

Ce travail nous amène à nous interroger sur l'interculturel notamment les spécificités françaises et québécoises relatives aux troubles perturbateurs et à leur évaluation. Nous nous sommes intéressés à une façon de fournir un outil d'évaluation nord-américain aux français et très modestement à l'articulation de la recherche avec le terrain. Au terme de ce travail, nous espérons contribuer à faire connaître la richesse d'un partenariat entre chercheurs des deux pays et rendre compte de l'intérêt des questionnaires utilisés pour communiquer de façon standardisée l'information sur les comportements des élèves et fournir un support à l'intervention.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aaroe, L. et Nelson, J.R. (2000). A comparative analysis of teachers', Caucasian Parents' and Hispanic parents' views of problematic school survival behaviors. *Education and Treatment of Children*, 23(3), 314-324.
- Achenbach T.M. (1991a). *Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 94-98.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. et Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M., Krukowski, R., Dumenci, L. et Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361-382.
- Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. New York: The Guildford Press.
- Allès-Jardel, M. et Mouraille, S. (2003). Etude de la santé mentale chez des enfants de 6 - 10 ans : comparaisons de deux groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 235-246.
- Allès-Jardel, M. et Schneider, B. H. (2004). Origine culturelle et sociale de la violence à l'école: les dimensions culturelles des relations et des conduites agressives pendant l'enfance. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(1), 224-245.



- Allès-Jardel, M., Schneider, B.H., Goldstein E. et Normand, S. (2009). Les origines culturelles de l'agressivité pendant l'enfance. Dans B.H. Schneider, S. Normand, M. Allès-Jardel, M.A. Provost et G.M. Tarabulsky, *Conduites agressives chez l'enfant. Perspectives développementales et psychosociales* (p. 201-222). Sainte Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4<sup>th</sup> ed. Text Revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, APA.
- Angold, A. et Costello, E.J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. In J. Hill et B. Maughan (Eds), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (p. 126-168). Cambridge: Cambridge University Press.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, J. et Van Oost, P. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(1), 67-73.
- Archer, J. et Coyne, S. (2005). An integrated review of indirect relational and social aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3), 212-230.
- Barkley, R.A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (2<sup>e</sup> edition). New York: The Guilford Press.
- Barlow, J. et Parsons, J. (2003). Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 years old children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Baron, R.M. et Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beauchaine, T.P., Webster-Stratton, C. et Reid, M.J. (2005). Mediators, moderators and predictors of 1-year outcomes among children treated for early onset conduct problems: a latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 371-388.
- Beauvois, J.L., Deschamps J.C. et Schadron, G. (2005). Vers la cognition sociale. In N. Dubois (Ed.), *Psychologie sociale de la cognition*. Paris : Dunod.
- Bérubé, A., Poulin, F. et Fortin, D. (2007). La relation famille-école selon la perspective des parents et l'adaptation sociale des enfants présentant des difficultés de comportement. *Revue de Psychoéducation*, 36(1), 1-23.
- Biederman, J. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.

- Biederman, J., Faraone, S.V. et Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender Rutter's index of adversity in group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1556-1562.
- Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C. et Faraone, S.V. (2008). The long term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: Findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), 1027-1036.
- Bigras, M., Capuano, F., Gosselin, C. et Brodeur M. (2010). Est-ce que l'évaluation du risque scolaire est biaisée selon le sexe de l'élève ? In M. Déry, A.S. Denault et J.P. Lemelin (Eds.), *Aide aux jeunes en difficulté de comportement : regard sur nos pratiques* (p.147-164). Sherbrooke: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke.
- Blachman, D.R. et Hinshaw, S.P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.
- Borduin, C.M., Schaeffer, C.M. et Ronis, S.T. (2003). Multisystemic treatment of serious antisocial behaviour in adolescents. In Essau C.A., editor, *Conduct and oppositional disorders epidemiology, risk factors and treatment* (p.299-318). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bouchafa, H. (2008). La collaboration parents-enseignants : un élément essentiel pour favoriser l'adaptation de l'élève. Rapport de recherche non publié. Contrat Formiris, Mission Recherche.
- Bougeard, A.S. (2008). Les accords/désaccords entre les parents et les enseignants sur les difficultés comportementales des élèves au primaire et la relation famille-école. In H. Bouchafa, *La collaboration parents-enseignants : un élément essentiel pour favoriser l'adaptation de l'élève* (p. 150-176). Rapport de recherche non publié. Contrat Formiris, Mission Recherche.
- Bourdillon, F. (2006). La recherche en santé publique a besoin de plus de rigueur. In Le collectif pas de zéro de conduite : *pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans !* (p. 57-61) Ramonville Saint Agnès : Erès.
- Bowen, F., Desbien, N., Gendron, M. et Bélanger, J. (2006). L'acquisition et le développement des habiletés sociales. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal : Gaëtan Morin Editeur.



- Brame, B., Nagin, D.S. et Tremblay, R.E. (2001). Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(4), 503-512.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., St-Georges, M. (1998). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) in Quebec. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M. Houde, L. et Lépine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-IV TR-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375-384.
- Broidy, L.M., Nagin, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E. et Brame, B. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six site, cross national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2006). The bioecological model of human development. In Lerner et William (éds) *Handbook of child psychology, vol 1 Theoretical models of human development*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Amler, R.W. et Feldman, H.M. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107, 1-11.
- Brulé, J.M. et Guénette, L. (2000). *Pour une plus grande complicité entre les familles et l'école*. Québec : Conseil de la famille et de l'enfance.
- Burke, J.D., Loeber, R. et Birmaher, B. (2002a). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 1275-1293.
- Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B. et Rathouz P.J. (2002b). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200-1210.
- Cai, X., Kaiser, A.P. et Hancock, T.B. (2004a). Parent and teacher agreement on Child Behavior Checklist items in a sample of pre-schoolers from low-income and predominantly African-American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 303-312.



- Cai, X., Kaiser, A.P. et Lipsey, M.W. (2004b). Parent and teacher reports of problem behaviors in children: Cross-informant agreement, correlates and information integration. Department of Special Education: Peabody College of Vanderbilt University.
- Campbell, S.B. (2002). Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues (2<sup>nd</sup> ed.). Pittsburgh PA: University of Pittsburgh.
- Canat, S. (2007). *Vers une pédagogie institutionnelle adaptée : les besoins particuliers des élèves en situation de difficultés scolaires*. Nîmes: Champ Social.
- Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (1992). *Questionnaire pour les parents*. Montréal : CRHRDP.
- Chao, R. K. et Williams, J.D. (2002). The effects of parenting practices on children's Outcomes. In J. D. Williams (Ed.), *Vulnerable children* (p. 149-165). Alberta: The University of Alberta Press.
- Charlot, B. et Emin, J.C. (2001). *Violence à l'école. Etat des savoirs*. Paris: Bordas.
- Chi, T.C. et Hinshaw, S.P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387- 400.
- Chilcoat, H.D. et Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers' reports ? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 971-979.
- Christenson, S.L. et Sheridan, S.M. (2001). *Schools and families. Creating essential connections for learning*. New York: The Guilford Press.
- Chudzik, L. (2001). Apports des théories du jugement moral dans la prise en charge d'adolescents délinquants. *Pratiques Psychologiques*, 4, 71-78.
- Collet, B., Ohan, J. et Myers, K. (2003). Ten year review of rating scales. VI: Scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1143-1170.
- Collishaw, S., Goodman, R., Ford, T., Rabe-Hesketh, S. et Pickles, A. (2009). How far associations between child, family and child psychopathology informant-specific and informant-general ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 571-580.
- Comer, J.S. et Kendall, P.C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 878-886.

- Conners, C.K. (1997). *Conners Rating Scales* - Revised user's manual. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Connor, D.F. (2002). Risk and protective factors in aggression and related behaviors. In *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: research and treatment* (p. 113-162). New York: The Guilford Press.
- Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (2000). *Pour une plus grande complicité entre les familles et les écoles*. Québec : Conseil de la famille et de l'enfance du Québec.
- Conseil supérieur de l'éducation (2001). Les élèves en difficultés de comportement à l'école primaire : comprendre, prévenir, intervenir. Québec : CSE. Bibliothèque Nationale du Québec.
- Copeland, W., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A. et Costello, E.J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population based study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1668-1675.
- Costello, E.J., Copeland, W., Cowell, A. et Keeler, G. (2007). Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community, 1993-2000. *American Journal of Psychiatry*, 164, 36-42.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., et Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Coté, S.M., Vaillancourt, T., Barker, E.D., Nagin, D. et Tremblay, R.E. (2007). The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Development and Psychopathology*, 19, 37-55.
- Couture, C. et Lapalme, M. (2007). Les retombées de la première année d'implantation des classes « Kangourou » au Québec. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Education*, 10(1), 63-81.
- Crick, N.R. et Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: current progress and future challenges. *Developmental Psychopathology*, 15, 719-742.
- Crijnen, M.M., Achenbach, T.M. et Verhulst, F.C. (1997). Comparison of children in the 12 cultures: Total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Crystal, D.S., Ostrander, R. et Chen, R.S. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV TR subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: self, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 189-205.



- Culp, R.E., Howell, C.S., McDonald Culp, A.M. et Blankemeyer, M. (2001). Maltreated children's emotional and behavioral problems: Do teachers and parents see the same things ? *Journal of Child and Family Studies*, 10(1), 39-50.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R., Borduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Dadds, M.R. et Roth, J.H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. In M.W. Vasey et M.R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 278-303). New York, NY = Oxford, University Press.
- Dazord, A., Manificat, S., Escoffier, C., Kadour, J.L., Bobes, J., Gonzales, M.P., Nicolas, J. et Cochat, P. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale et somatique). *L'Encéphale*, 26(5), 46-55.
- Debarbieux, E. (2001). « Le savant », le politique et la violence : vers une communauté scientifique européenne sur la violence à l'école in E. Debarbieux et C. Blaya, (Ed.), *La violence en milieu scolaire : dix approches en Europe* (p. 9-24). Paris: Editeur ESF.
- Debarbieux, E. (2006). *Violence à l'école : un défi mondial ?* Paris: Armand Colin.
- Delion, P. (2008). *Tout ne se joue pas avant trois ans*. Paris: Albin Michel.
- De Los Reyes, A. et Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- De Nijs, P., Ferdinand, R., de Bruin, E. et Verhulst, F. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): parents' judgment about school teachers' judgment about home. *European Children and Adolescents Psychiatry*, 13, 315-320.
- Déry, M. et Lapalme, M. (2006). Les filles qui reçoivent des services de l'école primaire pour troubles de comportement. In P. Verlaan et M. Déry (Eds), *Les conduites antisociales des filles* (p. 257-280). Sainte Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Déry, M., Lapalme, M., Toupin, J., Verlaan P., Pauzé, R. (2007). Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et perceptions de la situation sociale et familiale des élèves. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 33(1), 109-126.
- Déry, M., Lapalme, M. et Yergeau, E. (2005). Les services scolaires et sociaux offerts aux élèves du primaire présentant des troubles du comportement. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 35-44.



- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (11), 769-775.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2008). *Difficultés de comportement, adaptation scolaire et parcours dans les services*. Rapport final, Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaire, Actions concertées du FQRSC en partenariat avec le Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Desbiens, N. et Demers, S. (2006). L'entraînement à l'empathie. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Desimone, L. (2001). Linking Parent Involvement with Student Achievement: Do Race and Income Matter? *Journal of Educational Research*, 93, 11-30.
- Deslandes, R. (2001). L'environnement scolaire. In M. Hamel, L. Blanchet et C. Martin (Ed.), 6-12-17, *Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (p. 251-286). Québec: Les Publications du Québec.
- Deslandes, R. et Bertrand, R. (2005). Motivation of parent in involvement in secondary-level schooling. *The Journal of Educational Research*, 98 (3), 164-175.
- Deslandes, R. et Jacques, M. (2004). Relations famille-école et l'ajustement du comportement socio scolaire de l'enfant à l'éducation préscolaire. *Éducation et francophonie*, 32(1), 172-200.
- Deslandes, R., Leclerc, D., et Doré-Coté, A. (2001). *Longitudinal studies of special education and regular students: autonomy, parental involvement, practices and degree of reciprocity in parents-adolescent interaction*. Communication présentée au congrès annuel de l'American Educational Research Association, Seattle, W.A., 10-14 avril.
- Dionne, J. et St-Martin, N. (2006). Le développement du raisonnement moral. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 281-295). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Doctoroff, G.L. et Arnold, D.H. (2004). Parent-rated externalizing behavior in preschoolers: The predictive utility of structured interviews, teacher reports and classroom observations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 4, 813-818.

- Dodge, K.A. et Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Domina, T. (2005). Leveling the home advantage: assessing the effectiveness of parental involvement in elementary school. *Sociology of Education*, 78, 233-249.
- Drabick, D.A., Gadow, K.D. et Loney, J. (2007). Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 92-101.
- Dubois, N. (2005). Les normes sociales de jugement. In N. Dubois (Ed.), *Psychologie sociale de la cognition*. Paris: Dunod.
- Dumas, J.E. (2000). *L'enfant violent, le connaître, l'aider, l'aimer*. Paris: Bayard Editions.
- Dumas, J.E. (2007a). Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité. In E. Dumas, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p.251-303). Bruxelles : de Boeck.
- Dumas, J.E. (2007b). Les troubles du comportement : le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. In E. Dumas, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p.307-375). Bruxelles : de Boeck.
- Dumas, J.E. (2011). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p.251-375). Bruxelles : de Boeck.
- Dumas, J.E., Lafrenière, P.J., Capuano, F. et Durning, P. (1997). *Le profil Socio Affectif (PSA)*. Paris: Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Dumont, M. et Potvin, P. (2006). La gestion du stress. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Dunsmuir, S., Frederickson, N. et Lang, J. (2004). Building Home-School Trust. *Educational and Child Psychology*, 21 (4), 109-128.
- Ecalte, J. (1998). L'école : un monde intersubjectif de représentations entrecroisées. *Revue Française de Pédagogie*, 122, 5-17.
- Egger H.L. et Angold A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337.



- Epps, S. et Jackson, B.J. (2000). *Empowered families, successful children: Early intervention programs that work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, J.L. (2001). *School, family and community partnerships: preparing educators and improving schools*. Boulder, CO: Westview Press.
- Eyberg, S.M., Funderburk, B.W., Hembree-Kigin, T.L., McNeil, C.B., Querido, J.G. et Hood, K.K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Behavior Therapy*, 23, 1-20.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. et Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Fantuzzo, J., Tighe, E. et Childs, S. (2000). Family involvement questionnaire: a multivariate assessment of family participation in early childhood education. *Journal of Educational Psychology*, 92, 367-376.
- Ferdinand, R.F., Van der Ende, J. et Verhulst, F.C. (2007). Parent-teacher disagreement regarding psychopathology in children: a risk factor for adverse outcome? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 48-55.
- Fergusson, D., Horwood, J.L. et Ridder, E.M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 837-849.
- Fonagy, P. et Kurtz, A. (2002). Disturbance of conduct. In P. Fonagy, M. TargetD. Cottrell, J. Philips, et Z. Kurtz (Eds.) *What works for whom ? A critical review of treatments for children and adolescents* (p. 106-192). New York: The Guilford Press.
- Fombonne, E. et Vermeersch, S. (1997). Les enfants de la cohorte Gazel. Prévalence des contacts avec le système médico-éducatif pour des motifs psychologiques et des facteurs associés. *Revue épidémiologique de santé publique*, 45, 29-40.
- Forman, E.M. et Davies P.T. (2003). Family instability and young adolescent maladjustment: The mediating effects of parenting quality and adolescent appraisals of family security. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 94-105.
- Fortin L., Marcotte, D., Royer E. et Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Education*, 8(2), 79-88.



- Fortin, L. et Strayer F. (2000). Caractéristiques de l'élève en troubles du comportement et contraintes sociales du contexte. *Revue des Sciences de l'Education*, 26, 3-16.
- Fossum, S., Handegard, B.H., Martinussem, M. et Morch, W.T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (7), 438-451.
- Fossum, S., Morch, W.T., Handegard, B.H., Drugli, M. B. et Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 173-181
- Fournier, L., Lesage, A.D., Toupin, J. et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(7), 737-743.
- French, D.C. et Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behaviour. *Journal of Research on Adolescence*, 11(3), 225-244.
- Gadow, K.D. et Nolan, E.E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD + ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (2), 191- 201.
- Gagnon, C., Boisjoli, R., Gendreau, P.L. et Vitaro, F. (2006). Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 17-27). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Gagnon, C. et Vitaro, F. (2000). Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II, les problèmes externalisés. Sainte Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, C., Vitaro, F. et Tremblay, R.E. (1992). Parent-teacher agreement on kindergartners' behavior problems: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1255-1261.
- Gardner, F., Burton, J. et Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1123-1132.

- Gendron, M., Royer, E., Potvin, P. et Bertrand, R. (2003). Troubles du comportement, compétence sociale et pratique d'activités physiques chez les adolescents. Enjeux et perspectives d'intervention. *Revue de psychoéducation*, 32(2), 349-372.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to the child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. et Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 11-31.
- Gosle, B. (2006). Le rapport INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant, ou le TOP des TOP ? In Le Collectif « Pas de 0 de conduite », *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !* (p. 73-81). Ramonville Saint-Agnes: Érès.
- Gouvernement du Québec (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Québec: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Greene, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M., Goring, J.C. et Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.
- Gresham, F.M. et Elliott, S.N. (1990). *Social Skills Rating System*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Gresham, F.M. et Elliott, S.N. (2008). *Social Skills Improvement System-Rating Scales*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Gresham, F.M., Elliott, S.N., Cook, C.R., Vance, M.J. et Kettler, R. (2010). Cross-informant agreement for ratings for social skill and problem behaviour ratings: An investigation of the social skills improvement system-rating scales. *Psychological Assessment*, 22(1), 157-166.



- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E. et Van Assche, V. (2004). Comparison of Mothers', Fathers', and Teachers' Reports on Problem Behavior in 5 to 6-Year-Old Children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 137-146.
- Grills, A.E. et Ollendick, T.H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 30-40.
- Grolnick, W.S., Benjet, C., Kurowski, C.O. et Apostoieris, N.H. (1997). Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of Educational Psychology*, 89, 538-548.
- Grove, A.B., Evans, S.W., Pastor, D.A. et Mack, S.D. (2008). A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptoms of oppositional defiant and conduct disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(3), 169-184.
- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C. et Julion, W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing and Health*, 27, 413-425.
- Hawley, K.M. et Weisz, J.R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 62-70.
- Heckel, L.D., Clarke, A., Barry, R.J., McCarthy, R. et Selikowitz, M. (2009). The relationship between divorce and children with AD/HD of different subtypes and comorbidity: Results from a clinically referred sample. *Journal of Divorce and Remarriage*, 50, 427-443.
- Henderson, A.T. et Mapp, K.L. (2002). A new wave of evidence. The impact of school, family and community connections on student achievement. Austin, TX: National Center for Family and Community.
- Heubeck, B.G. (2000). Cross-cultural generalizability of *CBCL* syndromes across three continents: from the USA and Holland to Australia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 439-450.
- Hinshaw, S.P. (2002). Intervention, research, theoretical mechanisms and causal processes related to externalizing behavior patterns. *Development and Psychopathology*, 14, 789-818.
- Hinshaw, S.P. et Lee, S.S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*, (2nd ed., p. 144-198). New York: The Guilford Press.



- Hudley, C., Wakefield, W., Britsch, B., Cho, S.J., Smith, T. et DeMorat, M. (2001). Multiple perceptions of children's aggression: Differences across neighbourhood, age, gender and perceiver. *Psychology in the Schools*, 38, 43-56.
- Hughes, T.L., Crothers, L.M., et Jimerson, S.R. (2008). *Identifying, assessing, and treating conduct disorder at school*. New York: Springer.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettungen, J. et Smalley, S. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 362-369.
- INSERM (2005). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Institut National de la santé et de la recherche médicale. Paris: Editions INSERM.
- Izzo, C.V., Weissberg, R.P., Kasprow, W.J. et Fendrich, M. (1999). A longitudinal assessment of teacher perceptions of parent involvement in children's education and school performance. *American Journal of Community Psychology*, 27(6), 817-839.
- Javo, C., Ronning, J.A., Handegard, B.H. et Rudmin, F. (2009). Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 154-163.
- Jordan, C., Orozco, E. et Averett, A. (2001). *Emerging issues in school, family and community connections*. Austin, TX: National Center for Family and Community, Schools Southwest Educational Development Laboratory.
- Kashdan, T.B., Jacob, R., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal J.D et al. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: evidence, outcomes and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10) 1349-1356.
- Kazdin, A. E. (2003). Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder. In A. E. Kazdin (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 241-262). New York: The Guilford Press.
- Keller, T.E., Bost, N.S., Lock, E. et Marcenko, M.O. (2005). Factors associated with participation of children with mental health problems in structured youth development programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(3), 141-151.

- Kerr, D. C. R., Lunkenheimer, E. S. et Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 967-975.
- Kherroubi, M. (2008). *Des parents dans l'école*. France: Eres.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J. et Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62, 173-181.
- King, S., Waschbusch, D. A., Frankland, B. W., Andrade, B. F., Thurston, C. M. et McNutt, L. (2005). Taxonomic examination of ADHD and conduct problem comorbidity in elementary school children using cluster analyses. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 27(2), 77-88.
- Kohl, G.O., Lengua, L.J. et McMahon, R.J. (2000). Parent involvement in school conceptualizing multiple dimensions and their relations with family and demographic risk factors. *Journal of School Psychology*, 38, 501-523.
- Kolko, D.J. et Pardini, D.A. (2010). ODD Dimensions, ADHD, and Callous-Unemotional Traits as Predictors of Treatment Response in Children with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 713-725.
- Konold, T.R., Brewster, J. C. et Pianta, R. C. (2004). The behavior of child behavior ratings: Measurement structure of the Child Behavior Checklist across time, informants, and child gender. *Journal of Behavioral Disorders*, 29, 372-383.
- Konold, T.R. et Pianta, R.C. (2007). The influence of informants' on ratings of children's behavioral functioning: A latent variable approach. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(3), 222-236.
- Kraemer, H., Measelle, J., Ablow, J., Essex, M., Boyce, W. et Kupfer, D. (2003). A new approach for integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1566-1577.
- Krain, A.L. et Kendall, P.C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 328-335.
- Ladd, G.W., Buhs, E.S. et Troop, W. (2002). Children's interpersonal skills and relationships in school settings: adaptive significance and implications for school-based prevention and intervention programs. In P.K. Smith et C.H. Hart (Eds), *Blackwell Handbook of Childhood Social Development* (p.349-415). Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd.



- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D. et Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 389-399.
- Lahey B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Rathouz, P.J., Miller, T.L., Dennis, K.D., Bird, H. et Jensen, P.S. (2000). Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 109, 488-503.
- Lahey, B.B. et Waldman, I.D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt et A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 76-117). New York: The Guilford Press.
- Lambert, E.W., Wahler, R.G., Andrade, A.R. et Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 157, 96-102.
- Lamboy, C. (2005). Pour une prévention précoce des troubles des conduites : une revue. *Médecine et Hygiène*, 17, 153-170.
- Lanaris, C. (2006). L'entraînement à la responsabilité. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 229-239). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Landenberger, N.A. et Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lapalme, M. et Déry, M. (2010) Evolution du trouble d'opposition et du trouble des conduites au cours de l'enfance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 14-23.
- Laparo, K.M. et Pianta, R.C. (2000). Predicting children's competence in the early school years: A meta-analytic review. *Review of Educational Research*, 70, 443-484.
- Larose, F., Ratté, J. Terrisse, B. et Séguin, J. (2003). L'élève présentant des déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité : concomitance et comorbidité avec les troubles de la conduite dans une population scolaire québécoise. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 71, 89-113.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M.B., Handegard, B.H. et Mørck, W.T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42-52.



- Latimer, W.W., August, G.J., Newcomb, M.D., Realmuto, G.M., Hektner, J.M. et Mathy, R.M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioural adjustment: a prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7, 101-116.
- Le Blanc, M. et Morizot, J. (2000). Le dépistage des problèmes d'adaptation. Stratégies et instruments. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds), *La prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 15-65). Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Leff, S.S., Power, T.J., Manz, P.H., Costinga, T.E. et Nabors, L.A. (2001). School-based aggression prevention programs for young children: current status and implications for violence prevention. *School Psychology Review*, 30, 344-362.
- Legendre, R. (1988) *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Paris : Larousse.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology: Models, definitions, and prediction. In A. J. Sameroff, M. Lewis, et S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., p. 3-19). New York: Plenum.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A. et Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Loeber, R., Burke, J. et Pardini, D.A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 133-142.
- Loeber, R. et Farrington, D.P. (2001). The significance of child delinquency. In R. Loeber et D.P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: development, intervention and service needs* (p. 1-22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maltais, C. Herry, Y. et Bessette, J. (2006). Le développement du concept de soi. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Maas, C.J.M. (2000). The interaction process between teacher and students: The labeling of students on the basis of relative characteristics. *Social Behavior and Personality*, 28, 515-528.
- McConaughy, S.H. et Ritter D. R. (2005). Best practices in multidimensional assessment of emotional or behavioral disorders. In A. Thomas et J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology-III* (p. 865- 877). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

- McMahon, R.J. et Frick, P. (2005). Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Children and Adolescent Psychology*, 34, 477-505.
- Marmostein, N. (2007). Relationship between anxiety and externalizing disorders in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 21, 420-432.
- Massé, L. et Pronovost, J. (2006). L'évaluation psychosociale, la tenue de dossier et la rédaction de rapport. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., Sprafkin, J. et Nolan, E.E. (2002). Discriminant validity of a DSM-IV TR based teacher checklist: Comparison of regular and special education students. *Behavioral Disorders*, 27, 304-316.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Meirieu, P. (2000). *L'école et les parents, la grande explication*. Paris: Plon.
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H. et Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 184-91.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W. et Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychology*, 56, 128-165.
- Mitsis, E.M., Mc Kay, K.E., Schulz, K.P., Newcorn, J.H. et Halperin, J.M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV TR Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308-313.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year review and a research agenda . In Lahey, B.B., Moffitt, T.E., Caspi, A. (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 49-75). New York: The Guilford Press.
- Moffitt, T.E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131, 533-554.



- Moffitt, T.E. (2007). A review of research on the taxonomy of life course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D.J. Flannery, A.T. Varsonyi et L.D. Waldman (Eds). *The Cambridge handbook of violent behavior and aggression* (p.49-74). New York: The Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffe, S.R., Kim-Cohen, J., Koenen K.C. et Odgers, C. (2008). Research review: DSM-V Conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. et Milne, B.J. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2e éd.). Paris : Armand Colin.
- Murray-Close, D., Ostrov, J.M. et Crick, N.R. (2007). A short term longitudinal study of growth of relational aggression during middle childhood: associations with gender, friendship intimacy and internalizing problems. *Development and Psychopathology*, 19, 187-203.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W. et O'Callaghan, M. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias ? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 592- 602.
- Nelson, J.R., Babyack, A., Gonzalez, J. et Benner, G.J. (2003). An investigation of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional or behavioral disorders in public school setting. *Behavioral Disorders*, 28, 348-359.
- Nock, M.K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 1-28.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E. et Kessler, R.C. (2006). Prevalence, subtypes and correlates of DSM-IV TR conduct disorder in the National comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 36, 699-710.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E. et Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.
- Nomand, C.L., Vitaro, F. et Charlebois, P. (2000). Impliquer les parents dans la prévention précoce. *Isuma*, 1(2), 1-9.



- Normandeau, S. et Nadon, I. (2000). La participation des parents à la vie scolaire des enfants de deuxième année. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 26(1), 151-172.
- Norwich, B., Cooper, P. et Maras, P. (2002). Attentional and activity difficulties: findings for a national study. *Support for Learning*, 17(4), 182-186.
- Ohan, J. et Johnston, C. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder and conduct disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 359-381.
- Ollendick, T.H., Jarret, M.A., Wolff, J.C. et Scarpa, A. (2009). Reactive and proactive aggression: Cross-informant agreement and the clinical utility of different informants. *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, 31, 51-59.
- Organisation mondiale de la santé (2003). *Classification des maladies et des problèmes de santé connexe -10<sup>e</sup> révision- Vol.1*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Owens, E.B. et Shaw, D.S. (2003). Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(6), 575-590.
- Paquin, M. et Drolet, M. (2006). La violence au préscolaire et au primaire. Les défis et les enjeux de la collaboration entre l'école et les parents. Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. et Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Frappier, J.Y. Chamberland et Robert, M. (2004). Portrait des jeunes de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres Jeunesse du Québec : leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Rapport de Recherche. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Pearson, F.S., Lipton, D.S., Cleland, C.M. et Yee, D.S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime and Delinquency* 48(3), 476-496.
- Pelham, W. E., Gnaggy, E. M., Greenslade, K. E. et Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-IV TR-III-R symptoms for the disruptive behaviour disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-218.

- Pellegrini, A.D. et Bartini, M. (2000). An empirical comparison of methods of sampling aggression and victimization in school settings. *Journal of Educational Psychology*, 92, 360-366.
- Place, M., Wilson, J., Martin, E. et Hulsmeier, L. (2000). The frequency of emotional and behavioural disturbance in an EBD school. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 76-80.
- Poulin, F., Capuano, F., Verlaan, P. et Vitaro, F. (2006). La prévention des problèmes de comportement chez les filles en début de scolarisation: stratégies de dépistage et profil des filles identifiées. In P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux intervenir* (p.235-256). Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Porter, L. (2000). *Behaviour in Schools*. Theory and practice for teachers. Philadelphie: Open University Press.
- Power, T.J., Costigan, T.E. et Leff, S.S. (2001). Assessing ADHD across settings: contributions of behavioral assessment to categorical decision making. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 399-412.
- Qi, C.H. et Kaiser, A.P. (2003). Behavior problems of preschool children from low income families: Review of the literature. *Teaching Early Childhood Special Education*, 23, 188-216.
- Querido, J. G., Eyberg, S. M. et Boggs, S. R. (2001). Revisiting the accuracy hypothesis in families of young children with conduct problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 253- 261.
- Reid, M.J., Webster-Stratton, C. et Hammond, M. (2003). Follow-up of children who received the Incredible Years Intervention for oppositional defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behavior Therapy*, 34, 471-491.
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The 'gold standard'. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 457-468.
- Renk, K. et Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24, 239-254.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation. Une conception, une méthode*. Montréal, Editions Sciences et Culture.
- Reyno, S.M. et McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problem: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 99-111.



- Ritblatt, S.N., Beatty, J.R., Cronan, T.A. et Ochoa, A.M. (2002). Relationships among perceptions of parent involvement, time allocation and demographic characteristics: implication for policy formation. *Journal of Community Psychology*, 30(5), 519-549.
- Romano, E., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Zoccolillo, M. et Pagani, L. (2005). Sex and informant effects on diagnostic comorbidity in adolescent community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 479-489.
- Roskam, I., Kinoo, P. et Nassogne, M.C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychologie de l'Enfance et de l'adolescence*, 55, 204-214.
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J.C., Van de Moortele, G., Kinoo, P. et Nassogne, M.C. (2010). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant ? Etude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 16(4), 389-401.
- Royer, E., Morand, C., Desbiens, N., Moisan, S. et Bitadeau, I. (2000). Fonctionnement familial et compétence sociale des élèves en difficulté de comportement à l'école secondaire, *Revue des sciences de l'éducation*, 36(1), 219-236.
- Rutter, M., Caspi, A. et Moffitt, T.E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.
- Rutter, M. et Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Developmental Psychopathology*, 12, 265-296.
- Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 233-244.
- Saint Laurent, L., Royer, E., Hébert, M. et Tardif, L. (1994). Enquête sur la collaboration famille-école. *Revue canadienne de l'éducation*, 19, 270-286.
- Salbach-Andrae, H., Lenz K. et Lehmkuhl, U. (2009). Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24, 345-351.
- Sameroff, A.J. (Ed) (2009). *The Transactional Model of Development: How child and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.



- Schaeffer, C.M. et Borduin, C.M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Scott, S. (2005). Do parentig programmes for severe child antisocial behavior work over the longer term and from whom? One year follow-up of a multi-center controlled trial. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 33, 1-19.
- Shaffer, D, Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C.K. et Régier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field testing, Interrater Reliability, and Acceptability. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3(3), 643-650.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R. et Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Sirota, A. (2009). Des sources externes ou sociétales de la violence à l'école. *Revue Enfance et Psy*, 45(4), 102-108.
- Statistique Canada (1996). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Matériel d'enquête pour la collecte des données. Hull : développement des ressources humaines Canada, Catalogue no. 89FOO77XPF.
- Stevens, G.W., Pels, T., Bengi-Arslan, L, Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A. et Crijnen, A. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 576-585.
- Stevens, J., Quittner, A.L. et Abikoff, H. (1998). Factors influencing Elementary School Teachers' Ratings of ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 406-414.
- Stouthamer-Loeber, M. et Loeber, R. (2002) Lost opportunities for intervention: Undetected markers for the development of serious juvenile delinquency. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12(1), 69-82.
- Sweet, M. A. et Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.
- Taylor, L.C., Clayton, J.D., et Rowley, S.J. (2004). Academic socialization: understanding parental influences on children's school related development in early years. *Review of General Psychology*, 8(3), 163-178.

- Toupin, J., Pauzé, R., Yergeau, E., Déry, M., Fortin, L. et Mercier, H. (2003). Les enfants manifestant un trouble des conduites et utilisant des services psychoéducatifs : Un portrait social, familial et psychologique. *Santé Mentale au Québec*, 28(1), 37-53.
- Tremblay, R.E. (2003). Why socialization fails? The case of chronic physical aggression. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p.182-224). New York: The Guilford Press.
- Trepanier, N. et Dessureault, D. (2006). Les principes et le cadre d'intervention auprès des élèves ayant de difficultés de comportement. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Eds.), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (p. 103-140). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Treutler, C. M. et Epkins, C. C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 13-27.
- Trudeau, H., Desrochers, C. et Tousignant, J.L. (1997). Et si un geste simple donnait des résultats. Guide d'intervention personnalisée auprès des élèves. Montréal : Chenelière/Mc Graw-Hill.
- Tursz, A. (2001). Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : l'apport de l'épidémiologie. *Archives de Pédiatrie*, 8, 191-203.
- Valla, JP., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes de 6 à 14 ans*. Rapport synthèse. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- Van der Ende, J. (1999). Multiple informants: Multiple views. In H.M. Koot, A.A.M. Crijnen, RF Ferdinand (Eds.) *Child Psychiatric Epidemiology* (p. 39-52). Van Gorcum: Assen.
- Van der Ende, J. et Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Journal Adolescent Psychiatry*, 14, 117-126.
- Van der Oord, S., Prins, P.J.M., Oosterlaan, J. et Emmelkamp, P.M.G. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1585-1595.



- Van de Wiel, N., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.C. et Van Engeland, H. (2002). Effective treatments of school-aged conduct disordered children: recommendations for changing clinical and research practices. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 79-84.
- Verlaan, P., Déry, M., Beauregard, L.A., Charbonneau, M.N. et Pauzé, R. (2006). Les programmes d'intervention efficaces pour les difficultés de comportement chez les filles d'âge scolaire primaire. In P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux intervenir* (p. 281-319). Sainte-Foy, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Visser, J. H., Van der Ende, J., Koot, H. M. et Verhulst, F. C. (2003). Predicting change in psychopathology in youth referred to mental health services in childhood or adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 509-519.
- Vitaro, F. et Gagnon, C. (2000). Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II: Les problèmes externalisés. Sainte Foy, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Walker, H.M., Ramsey, E. et Gresham, F.M. (2004). *Antisocial behavior in School: Evidence-based practices (2<sup>nd</sup> edition)*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Webster-Stratton, C. et Reid, M.J. (2003). Treating conduct problems and strengthening social emotional competence in young children (ages 4-8 years): The Dina Dinosaur treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 130-143.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J. et Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283-302.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. et Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105-124.
- Webster Stratton, C. et Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2(3), 165-192.



- Weikart, D.P. (2002). The origin and development of preschool intervention projects. In Phelps, E., Furstenberg, F.F., Colby, A. (2002). *Looking at lives: American longitudinal studies of the twentieth century* (p. 245-264). New York, US: Russeel Sage Foundation.
- Weine, A.M., Phillipps, J.S. et Achenbach, T.M. (1995). Behavioral and emotional problems among Chinese and American children: parent and teacher reports for ages 6 to 13. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(5), 619-634.
- Whittinger, N. S., Langley, K., Fowler, T. A., Thomas, H. A. et Thapar, A. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 179-187.
- Wilson, D.B., Bouffard, L.A. et MacKenzie, D.L. (2005). A quantitative review of structured, group oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Journal of Criminal Justice and Behavior*, 32(2), 172-204.
- Wilson, S. et Lipsey, M. (2007). School based interventions for aggressive and disruptive behaviour. Update a meta-analysis. *American Journal of Preventative Medicine*, 33, 130-143.
- Winsler, A. et Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development*, 13, 41-58.
- Wolraich, M.L., Lambert, E.W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M.A. et Worley, K.A. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 41-47.
- Youngstrom, E., Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.

## **ANNEXES**

## ANNEXE A

### DEFINITION DES PRINCIPAUX TROUBLES PERTURBATEURS

Rencontrer un enfant agité, provocateur ou spécialiste de larcins ne permet aucunement de poser un diagnostic. On doit donc développer des construits valides pour en rendre compte. Le *DSM-IV-TR* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2000) et la *CIM 10* (*Classification Inter-nationale des troubles Mentaux*, OMS, 2003) servent à confirmer sur de vastes échantillons de population la validité interne et externe des construits en vérifiant que les symptômes retenus décrivent adéquatement ces construits et gardent une bonne fiabilité à des âges différents.

Ces manuels donnent des directives pour le diagnostic. La classification américaine du *DSM-IV-TR* présente à la fois des commentaires descriptifs et des données épidémiologiques avec pour chaque diagnostic une liste de critères assortis d'un algorithme de décision. La présentation générale de la *CIM 10* est au contraire rédigée dans un style littéraire.

Dans la version actuelle de la classification américaine on trouve un chapitre intitulé « déficit de l'attention et comportement perturbateur qui regroupe :

- Le trouble : déficit de l'attention/hyperactivité avec ses variantes soit le type inattentif, le type hyperactif-impulsif ou le type combiné.
- Le trouble des conduites subdivisé en trouble de l'opposition avec provocation et trouble du comportement perturbateur.



La *CIM 10* comporte un chapitre intitulé « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence ». Ce chapitre regroupe par ailleurs :

- Les troubles hyperkinétiques
- Les troubles des conduites
- Les troubles mixtes des conduites et des émotions
- Les troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance (qui regroupent essentiellement les troubles anxieux)
- Les troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance où à l'adolescence
- Les tics.

La présentation des troubles est notablement différente dans les deux manuels bien que dans les deux cas, ils désignent des problèmes d'adaptation importants qui entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social et scolaire dans plusieurs lieux de vie.

### ***Déficit de l'attention/hyperactivité***

La *CIM 10* définit les troubles hyperkinétiques comme un ensemble de troubles caractérisés par : un début précoce ; l'association d'une activité excessive et désorganisée, d'une inattention marquée et d'un manque de persévérance dans les tâches ; la présence de signes caractéristiques dans de nombreuses situations et leur caractère persistant.

Au contraire, dans le *DSM-IV-TR* c'est bien le déficit d'attention qui est mis en avant. Comme mentionné, le déficit d'attention avec hyperactivité ne forme pas une catégorie unitaire mais il est réparti en deux sous-syndromes : l'un constitué par les symptômes d'inattention, l'autre composé des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. Cette association de deux construits donne lieu à une différenciation de trois types :

- Soit un type inattention prédominante lorsqu'un enfant présente six symptômes ou plus de manque d'attention.
- Soit un type hyperactivité/impulsivité prédominante lorsqu'un enfant manifeste six symptômes ou plus d'hyperactivité/impulsivité.
- Soit un type mixte lorsque les deux groupes de critères précédents sont remplis.

Pour établir le diagnostic, six (ou plus) des symptômes d'inattention ou d'impulsivité doivent être présents et persistants depuis au moins six mois dans les deux milieux de vie de l'enfant. Afin de faciliter la présentation des critères diagnostiques et des caractéristiques majeures du trouble déficitaire de l'attention /hyperactivité, dans le *DSM-IV-TR*, nous les avons regroupés dans le tableau ci-dessous.

Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité Inattention	Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité Impulsivité
<p>1. souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires ou d'autres activités</p> <p>2. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux</p> <p>3. semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement</p> <p>4. souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener ses devoirs scolaires ni ses tâches domestiques</p> <p>5. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités</p> <p>6. souvent évite, a en aversion ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu</p> <p>7. perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités</p> <p>8. souvent se laisse distraire par des stimuli externes</p> <p>9. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.</p>	<p>Hyperactivité</p> <p>1. remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège</p> <p>2. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis</p> <p>3. souvent court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié</p> <p>4. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs</p> <p>5. est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts »</p> <p>7. parle souvent trop</p> <p>Impulsivité</p> <p>8. laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée</p> <p>9. a souvent du mal à attendre son tour</p> <p>10. interrompt souvent les autres ou impose sa présence</p>



### ***Le trouble des conduites :***

Sous le terme de trouble des conduites la *CIM 10* regroupe « des troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives et provocatrices, répétitives et persistantes. Dans les formes extrêmes ces troubles conduisent l'enfant à enfreindre les règles sociales correspondant à son âge. Des actes dyssociaux ou criminels isolés ne sont pas en eux même suffisants pour porter ce diagnostic qui implique la notion d'un mode de fonctionnement persistant ». Quatre types de troubles des conduites sont décrits :

- Le trouble des conduites limité au milieu familial. Il peut s'agir de vols à la maison, de conduites délibérément destructrices dirigées contre des membres spécifiques de la famille, ou encore de comportements violents à l'égard des membres de la famille, mais non vis-à-vis d'autres personnes. « Le trouble de conduites spécifiques du milieu familial surviennent toujours dans un contexte de graves perturbations des relations entre l'enfant et un ou plusieurs membres de la famille ».
- Le trouble des conduites type mal socialisé. Ce trouble est caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif persistant associé à une altération globale et significative des relations avec les autres enfants. Comportement tyrannique, bagarres excessives, rackets, violence, désobéissance excessive, grossièreté ou insolence, refus de l'autorité, accès grave de colère et de rage incontrôlée, destruction des biens d'autrui, conduites incendiaires, cruauté envers les autres enfants et les animaux, sont énumérés parmi les symptômes de ce trouble. Il se manifeste dans des situations très variées mais surtout à l'école et se caractérise principalement par un défaut d'intégration parmi les pairs. Les relations avec l'adulte sont décrites comme « empreintes de discorde, d'hostilité et de rancune ».

- Le trouble des conduites type socialisé est caractérisé par la présence d'un comportement dyssocial ou agressif durable se manifestant, contrairement au groupe précédant, chez les enfants bien intégrés dans leur groupe d'âge (délinquance de groupe ou phénomène de bande). Les relations avec les adultes représentant l'autorité sont médiocres, cependant il peut exister de bonnes relations avec certains adultes.
- Le trouble de l'opposition avec provocation se manifeste habituellement chez les enfants jeunes (avant 9 ou 10 ans). Il est caractérisé par des comportements de provocation ou de désobéissance mais sans conduite aggressive ou dyssociale.

Dans *DSM-IV-TR*, deux sous syndromes sont proposés en fonction de l'âge de début des troubles ; ils diffèrent par la nature des conduites déviantes, par le pronostic ainsi que par la prévalence selon le sexe. Pour la classification américaine, nous avons regroupé, dans le tableau ci-dessous, la présentation des critères diagnostiques et des caractéristiques majeures du trouble des conduites.

Trouble des conduites	
Conduites agressives envers les personnes ou les animaux 1. brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes 2. commence souvent les bagarres 3. a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui 4. a fait preuve de cruauté physique envers des personnes 5. a fait preuve de cruauté physique envers des animaux 6. a commis un vol en affrontant la victime	Fraudes ou vols 10. a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui 11. ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations 12. a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime  Violations graves des règles établies 13. reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents

7. a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles	14. a fugué et passé la nuit dehors pendant une longue période ou au moins à deux reprises
Destruction de biens matériels	15. fait souvent l'école buissonnière
8. a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants	
9. a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)	

### ***Le trouble de l'opposition avec provocation***

La provocation se traduit dans la *CIM 10* par une « attitude délibérée et permanente consistant à tester les limites d'autrui, à ignorer les ordres ou à les contester et à refuser le blâme pour ces mauvaises actions ». L'hostilité est dirigée à la fois envers les adultes et les pairs. Le trouble se manifeste presque invariablement en milieu familial et peut ne pas être visible à l'école ou en collectivité.

Le *DSM-IV-TR* consacre une partie spécifique au trouble de l'opposition avec provocation et énumère les caractéristiques que nous avons regroupées dans le tableau suivant :

Trouble de l'opposition
1. se met facilement en colère,
2. conteste souvent ce que dit l'autre
3. s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes et aux règles des adultes



4. embête souvent délibérément les autres
5. fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
6. est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
7. est souvent fâché et plein de ressentiment
8. se montre souvent méchant ou vindicatif.

Dans ces deux classifications, on constate que les troubles du comportement et des conduites sont décrits comme relativement spécifiques à l'enfance. On voit aussi que les critères, réputés objectifs, des différents diagnostics font intervenir des jugements et donc la subjectivité de l'observateur.

Les différences existent entre la classification de l'OMS et celle de l'APA alors qu'elles sont souvent présentées comme équivalentes. Il est intéressant de relever en particulier que les auteurs de la *CIM 10* semblent avoir tenu à marquer la continuité des troubles du comportement avec la vie émotionnelle et affective en les rassemblant dans un même chapitre et en précisant qu'une conduite sociale déviante non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel ne doit pas être considérée comme un trouble mental. La position est différente pour les auteurs du *DSM-IV-R* qui n'ont pas retenu non plus la notion de troubles mixtes des émotions et du comportement.

**ANNEXE B**

**SYNTHESE DES THEMES DES ARTICLES RECENSES  
ET DE LEUR METHODE**

Etudes	Sujets	Age	Sexe	Echan	Troubles	Ana	Outil	Accord
Aaroe et Nelson (2000)	np = 377 ne = 117	E	M/F	Gé MC	TE TI	COR	Autre	G,D,E
Achenbach <i>et al.</i> (1987)	n = 269	2 - 19	M/F	Gé, GC	TE, TI	MA	Achenbach	G, D, S, I
Acchenbach <i>et al.</i> (2002)	n1 = 1536 n2 = 1382	11 - 18	M/F	Gé	TI TE	COM COR LG	Achenbach	D, I
Antrop <i>et al.</i> (2002)	n = 55	6 - 12	M/F	GC	TDAH	COR	DBDRS	D, S, I
Cai <i>et al.</i> (2004a)	n = 505	2 - 5	M/F	GC	TE TI	COR COM	Achenbach	G, D, I
De Nijs <i>et al.</i> (2004)	n = 30	PS	M/F	GC	TDAH	COM COR	DISC	D
De los Reyes <i>et al.</i> (2005)						MA		A, G, F
Ferdinand <i>et al.</i> (2007)	n = 1154	4 - 12	M/F	Gé	TE	COR	Achenbach, DISC	Ev.
Gadow et Nolan (2002)	np = 595 ne = 538	3 - 6	M/F	Gé GC	TE	COM	DSM-IV-TR	S
Grietens <i>et al.</i> (2004)	n = 424	5 - 6	M/F	Gé	TE	COR	Achenbach	D, I



Gross <i>et al.</i> (2004)	n = 241	2 - 4	M/F	Gé MC	TE TI	COR	Achenbach	D, I
Javo <i>et al.</i> (2009)	n = 191	4	M/F	MC	TE TI	COM COR	Achenbach	D, E
Mitsis <i>et al.</i> (2000)	n = 74	7 - 11	M/F	GC	TDAH	COM COR	DISC	D
Murray (2007)	n = 452	3 - 5	M/F	GC	TDAH	COR	DSM-IV	D
Norwich <i>et al.</i> (2002)	np = 3850 ne = 3537		M/F	Gé	TE TI	COR	Goodman	D, I
Salbach Andrae (2009)	n = 611	11 - 18	M/F	Gé	TE, TI	COR	Achenbach	D, Ev
Stevens <i>et al.</i> (2003)	n1 = 819 n2 = 833 n3 = 2227	4 - 18	M/F	Gé MC	TE	COR	Achenbach	E, F, I
Van der Ende et Verlhist (2005)	n = 1122	11 - 18	M/F	Gé	TE	COR LG	Achenbach	D, G, A
Youngstrom <i>et al.</i> (2000)	n = 394	12 - 16	M	Gé MC	TE, TI	COR	Achenbach	A, E, D, F

## Notes des abréviations :

Participants : n= nombre de sujets, np = nombre de parents, ne = nombre d'enseignants, n1 = nombre de sujets étude 1, n 2 = nombre de sujets étude 2.

échan =échantillon : Gé = population générale, GC = groupe clinique, MC = groupe multi-ethnique

Age : E= classe élémentaire, PS = primary school

Troubles : TE = Troubles extériorisés, TI = Troubles intériorisés

Type d'échantillon : Gé= population Générale, GC = Groupe clinique, MC= Groupe multiethnique

Analyse : COM = comparative, COR = corrélative, LG = longitudinale, MA = méta analyse

Cible de l'accord : A= Age, C= clinique versus non clinique, D = nature des difficultés, E = ethnie, G = genre, I = informateurs, O = outils, S = sévérité, Ev = évolution des troubles, F = caractéristiques familiales.

## ANNEXE C

### LES DIFFERENTS SERVICES EN FRANCE

La loi française reconnaît à tous les enfants le droit à une éducation scolaire qu'elles que soient la nature ou la gravité du handicap. En priorité, les élèves identifiés en difficultés bénéficient d'une scolarité en milieu ordinaire avec des services éducatifs complémentaires offerts en milieu scolaire par les *Réseaux d'Aides Spécialisés aux enfants en Difficultés* (RASED). En cas d'impossibilité de prise en charge, les élèves peuvent être admis en *Classes d'Inclusion Scolaire* (CLIS) ou orientés en établissement spécialisé, les *Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques* (ITEP).

Les élèves qui reçoivent des services dans le *milieu scolaire ordinaire* peuvent bénéficier de deux types de services complémentaires, soit le regroupement d'adaptation, soit les réseaux d'aides spécialisés.

Le « *regroupement d'adaptation* » réfère à un type de service où l'enfant reste dans sa classe d'origine, mais rejoint, une à deux fois par semaine, selon le projet individuel fixé en fonction de ses besoins un groupe d'élèves coordonné par un enseignant spécialisé.

Les *RASED* sont des regroupements d'écoles qui offrent aux élèves du primaire en difficultés des actions à dominante pédagogique (remise à niveau, consolidation des apprentissages et des méthodes de travail), psychologique ou rééducative (développement de stratégie de communication, valorisation de l'estime de soi). En exerçant dans les écoles, des maîtres spécialisés, des psychologues scolaires, des orthophonistes ou des psychomotriciens prolongent l'action de l'enseignant. L'élève quitte sa classe pour une période donnée (jusqu'à trois heures par semaine) afin de bénéficier des services et de se remettre dans une dynamique scolaire. L'intervention peut se faire



individuellement ou en petits groupes dans une salle spécialement aménagée. Selon sa formation chaque intervenant peut proposer à l'enfant un lieu et un temps pour lui, du matériel psychomoteur (espaliers, banc, gros ballons, tapis, rubans...), des supports favorisant l'expression, la créativité, la symbolisation (marionnettes, peinture, animaux de la ferme, contes, livres-albums, jeux de construction, jeux à règles...) ou du matériel cognitif (images séquentielles, puzzles, tangram, structuro, écrit...). L'enseignant de la classe doit veiller à ce que l'aide des réseaux vienne s'intégrer à sa propre action. Cette complémentarité est formalisée par un projet d'aide individualisée, soit un contrat entre l'enseignant, le maître spécialisé, l'élève et ses parents, selon l'échéancier suivant : 1) septembre-octobre = repérage des difficultés par les enseignants, premier contact avec les familles, mise en place d'aménagements pédagogiques pour répondre aux besoins de l'enfant et 2) fin décembre, synthèse en vue d'une régulation des aides. Si ces aides ne suffisent pas l'élève peut être intégré en CLIS pendant un temps donné.

Les *CLIS*, définies dans le Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale en juillet 2009 (circulaire n°2009-087, intitulée Scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire : actualisation des classes pour l'inclusion scolaire) sont destinées à accueillir les enfants qui, pour des raisons diverses, rencontrent des difficultés au niveau de leur participation et de leur intégration à la vie scolaire. Généralement, l'élève est scolarisé dans un groupe restreint (un maximum de 12 élèves) dans lequel se retrouve d'autres enfants ayant des difficultés diverses. L'enseignant est en permanence accompagné dans sa tâche par un autre éducateur, ce qui offre à l'enfant des ressources humaines et des équipements plus adaptés à ses besoins.

Dans le cas où les difficultés comportementales persistent, une décision d'orientation en milieu spécialisé peut-être décidée. Les *ITEP* sont les établissements médico-éducatifs qui ont pour vocation d'accueillir des enfants présentant des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle, mais qui rendent nécessaire la mise en

œuvre de moyens pour le déroulement de leur scolarité. L'accueil peut se faire à tout moment de l'année en internat à plein temps ou en demi-pension à la journée. Une équipe de professionnels : enseignants, éducateurs spécialisés et psychologues propose et anime des ateliers éducatifs et thérapeutiques avec l'enfant. Avec ce service de soutien éducatif et de réconciliation des enfants avec le savoir et le rapport à autrui, l'élève doit acquérir ou être en voie d'acquérir une capacité de communication et des habiletés relationnelles compatibles avec les enseignements scolaires et les situations de vie collective.

Depuis la loi de 2005 sur la scolarisation des élèves handicapés, on assiste en France à une augmentation de 20 % de la scolarisation en milieu ordinaire ainsi qu'une utilisation constante des places en établissements spécialisés (Canat, 2007).